

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 117.

PSEUDO-COXALGIE
COXALGIE DE CROISSANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Avril 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre DESPORTES

Né le 13 Septembre 1868, à Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 117.

PSEUDO-COXALGIE
COXALGIE DE CROISSANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Avril 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre DESPORTES

Né le 13 Septembre 1868, à Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
LACASSAGNE Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (M.)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.)—
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. ROUX, Assesseur ;
MM. ROLLET et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Pendant que nous remplissions les fonctions d'externe à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Poncet, nous avons été témoin de plusieurs formes légères d'ostéomyélite de l'adolescence, affectant telle ou telle partie du squelette. A propos de ces formes ostéomyélitiques plus ou moins atténuées nous avons entendu M. le professeur Poncet parler de la fièvre, des douleurs de croissance que l'on observe de temps à autre chez de jeunes sujets, pendant la période de développement. Il citait à ce propos, en commentant son article de chirurgie sur la fièvre de croissance¹, des observations très intéressantes dans lesquelles des erreurs de diagnostic avaient été commises, et alors qu'au point de vue pathogénique, on pouvait encore discuter sur la nature des lésions. Mais quels que soient le mécanisme et la cause intime des ostéalgies de croissance, il n'en est pas moins vrai qu'on les observe

¹ S. Duplay et P. Réclus, *Traité de chirurgie*, art. FIÈVRE DE CROISSANCE, t. II, p. 710, 2^{me} édition.

de temps à autre, qu'elles peuvent donner le change et qu'il importe de les reconnaître. Le diagnostic peut en être difficile, tout au moins comporter un point d'interrogation suivant les extrémités osseuses frappées, et c'est ainsi qu'à la hanche, par exemple, on peut hésiter longtemps entre une ostéalgie de croissance et une véritable coxalgie.

Dans l'article que nous avons cité plus haut, M. le professeur Poncet s'exprime ainsi ¹ :

« A quel signe reconnaîtra-t-on la fièvre de croissance? A des accès fébriles de types variés, pouvons-nous répondre, avec douleurs juxta-épiphysaires et accroissement rapide de la taille. Cette trilogie symptomatique permettra le plus souvent d'établir le diagnostic. »

.

« Nous avons assez souvent constaté, chez des enfants, des douleurs de croissance sans fièvre. Ce diagnostic nous a paru très simple, surtout lorsque les douleurs ont pour siège les os longs, lorsqu'elles sont passagères, survenant aujourd'hui pour s'en aller demain, ou reparaisant à divers intervalles pour disparaître, comme elles ont apparu. Il est telles circonstances où la douleur se localise sur une ou plusieurs extrémités osseuses, elle dure depuis plusieurs jours, elle occupe l'articulation de la hanche, par exemple, et constitue la seule manifestation pathologique sur laquelle l'attention soit éveillée.

¹ Poncet, *loc. cit.*, p. 719.

« En pareil cas, le diagnostic n'est pas possible ; se trouve-t-on en face d'une coxalgie au début, d'une lésion osseuse indépendante du développement ? Nous n'essayerons même pas d'apporter tel ou tel argument en faveur de l'une au l'autre affection, mais nous insisterons sur la nécessité de voir dans la douleur, l'indice d'une lésion grave à son début, et non pas un phénomène passager de minime importance.

« Que de fois des coxalgies ont été ainsi méconnues, la douleur de la hanche, la claudication étant attribuées uniquement à la croissance ! Une telle erreur de diagnostic peut avoir les conséquences les plus funestes, et nous avons observé, maintes fois, des coxalgies qui remontaient à plusieurs semaines, à plusieurs mois, et qui avaient été abandonnées à elles-mêmes sous prétexte qu'il s'agissait d'une douleur de croissance. — L'erreur en sens inverse a été commise : on a cru à une coxalgie chez un jeune

savoir commettre ; cette confusion sera au profit du malade, elle entraînera un traitement méthodique dès les premiers jours et préviendra, dans tous les cas, des accidents plus graves.

« L'ostéite plastique de croissance n'est-elle pas aussi, de temps à autre, le prélude d'un état plus sérieux, d'une ostéo-périostite franchement infectieuse, éclatant sous l'influence surajoutée d'une cause d'irritation quelconque? »

Il existe donc une variété de coxalgie (en nous en tenant, du reste, au sens strict du mot coxalgie qui ne veut pas dire autre chose que douleur de la hanche : *coxa* hanché, *ἄλγος* douleur) qui relève directement de la croissance et qui, par ses caractères, son évolution, son pronostic, sa guérison rapide, etc., doit être séparée des autres variétés de coxalgie. D'où le nom de pseudo-coxalgie ou de coxalgie de croissance donné par M. le professeur Poncet à cette entité pathologique.

Notre but, dans ce travail, est de montrer que l'on rencontre du côté de la hanche, pendant le développement du squelette et tout particulièrement chez de jeunes enfants, des douleurs, des déformations, etc., simulant la coxalgie vraie, c'est-à-dire l'inflammation tuberculeuse de l'articulation coxo-fémorale. Nous établirons en même temps les signes cliniques de cette pseudo-coxalgie, son diagnostic, enfin le pronostic et le traitement qui lui conviennent. Mais avant de commencer notre sujet, nous

esquisserons un rapide historique de la fièvre de croissance, qui nous permettra d'exposer la nature de l'affection que nous ne voulons essayer de décrire qu'au point de vue clinique seulement.

HISTORIQUE DE LA FIÈVRE DE CROISSANCE

Hippocrate ¹ admet que la croissance prédispose aux maladies fébriles en augmentant la circulation et en exagérant la chaleur.

Daignan ² décrit presque toutes les phases des maux engendrés par la croissance.

Duchamp ³ relate à son tour les maladies des différents appareils organiques qui sont sous la dépendance de la croissance. Il parle surtout de « secousses de la croissance » disant qu'elles peuvent se rencontrer sans fièvre marquée.

Richard de Nancy ⁴ a remarqué que la croissance est rarement accompagnée de fièvre et que le pouls est presque toujours plus lent que dans l'état de santé ordinaire,

¹ Hippocrate, Trad. Littré, t. IV, p. 467 ; *aphorisme* 14.

² Daignan, *Tableau des variétés de la vie humaine*, 1766.

³ Duchamp, *Des maladies de croissance*, 1823.

⁴ Richard de Nancy, *Traité des maladies des enfants*, 1839.

au milieu des troubles physiologiques que ce grand effort de la nature a introduits dans les fonctions. Il ne voit « d'exception que dans les cas de quelque complication, par exemple quand une articulation devient douloureuse, quand les glandes lymphatiques se gonflent ». Il explique les douleurs qui se font quelquefois sentir dans les membres, par « la tension des muscles dont les points d'attache sont écartés avec une vitesse que leur propre élongation ne peut suivre ». Et après avoir parlé de l'accroissement rapide que l'on observe après les fièvres, il insinue cette phrase : « L'inflammation a prédisposé ainsi tous les tissus à une certaine faiblesse qui rend leur extension plus facile et les dispose à se laisser pénétrer de sucs nourriciers. Ainsi s'explique le phénomène d'un accroissement extraordinaire, quand ce n'est pas lui-même qui a produit la maladie, distinction qui est loin d'être une subtilité, mais un véritable problème offert tous les jours à la sagacité du médecin dans la pratique de la médecine de l'enfance. »

Gendrin¹ écrit : « La réaction fébrile chez les jeunes sujets détermine une activité plus grande des fonctions organiques, qui rend leur évolution plus rapide ; c'est pourquoi les maladies donnent, en général, une plus vive impulsion à l'accroissement du corps. »

Gosselin², après avoir montré les rapports qui existent entre l'âge et l'accroissement du squelette, d'un côté, et les formes d'ostéite spontanée, de l'autre, dit qu'il a « rencontré plusieurs fois des sujets de quatorze à dix-huit ans qui souffraient au genou ou au cou-de-pied pendant la

¹ Gendrin, thèse de concours, 1840.

² Gosselin, *Arch. gén. de méd.*, 1858,

marche, chez lesquels la douleur, toujours assez modérée, ne se prononçait un peu plus qu'à la fin de la journée et quand les malades avaient marché ou s'étaient tenus debout un peu longtemps. Chez quelques-uns, la douleur est devenue assez forte pour les obliger à garder le lit et à entrer à l'hôpital; elle a disparu et la marche est redevenue possible après vingt-quatre ou quarante-huit heures de séjour au lit ». Il s'est assuré dans tous ces cas, et autant que possible, que ces douleurs passagères pendant la marche, en général localisées au voisinage d'une seule articulation, n'étaient pas de nature rhumatismale et il a rejeté l'idée d'une ostéite scrofuleuse ou d'une carie à sa première période, à cause de la disparition prompte des accidents par le seul fait du repos et de la guérison sans persistance de gonflement. Pour lui, ces douleurs sont dues à « une inflammation légère du parenchyme osseux activé dans sa nutrition pour la soudure prochaine de l'épiphyse ». Plus tard, dans ses leçons cliniques de la Charité, il enseigne que la plupart des maladies osseuses chez les enfants et les adolescents sont produites par la croissance.

Bouchut¹ déclare que la question d'une vraie fièvre de croissance est restée insoluble, mais qu'il y a cependant des circonstances où, en l'absence de toute localisation possible d'un état fébrile et en face d'un accroissement exagéré, on se demande s'il n'y aurait pas quelques rapports entre cette croissance et cette fièvre.

Barrier² : « Il ne faut pas se hâter de considérer comme

¹ Bouchut, *Maladies de l'enfance*.

² Barrier, *Traité pratique des maladies des enfants*.

une maladie tous les phénomènes qui surgissent dans l'organisme des enfants. Un très grand nombre d'indispositions ne sont que des symptômes qui accompagnent le développement physique et se rattachent à ce travail important que l'on ne doit pas entraver mais seulement diriger convenablement. Il ne faut pas oublier que, dans l'enfance, l'accomplissement normal des fonctions compte souvent de l'irrégularité, un défaut d'harmonie et d'équilibre; mais tant que cette irrégularité ne dépasse point certaines limites, il ne faut pas trop se presser d'y voir un état morbide qui réclame des moyens actifs de traitement. »

Regnier¹ pense que certains troubles locaux et généraux sont sous la dépendance de la croissance et dit que les articulations sont fréquemment douloureuses par suite de l'extension forcée à laquelle sont soumis les ligaments et les tendons qui les environnent.

Rilliet et Barthez admettent qu'à certaines époques l'accroissement se fait avec plus d'activité qu'à d'autres et porte spécialement sur certains organes; cette excitation momentanée n'est pas toujours sans danger.

D'Espine et Picot, Vogel, Wert, Descroizilles, comme Rilliet et Barthez parlent de la croissance exagérée produite par les maladies fébriles et observées après les exanthèmes.

Gombault² admet que, théoriquement, une croissance rapide déterminant une augmentation de chaleur de la peau par suite de l'activité de la circulation, une rougeur

¹ Regnier, *Des maladies de croissance* (th. de Paris, 1860).

² Gombault, *Nouveau Dict. de méd et de chir.*, art. CROISSANCE, 1869.

des téguments cutanés, conséquence de cette circulation même, constituent ce qu'en pathologie on appelle fièvre, mais il n'a pas, dit-il, d'observations pour le confirmer.

Duplay décrivait, en 1878, une forme particulière d'ostéomyélite avortée n'aboutissant pas à la suppuration.

Dally¹ n'a jamais trouvé un cas où les accidents de la première enfance puissent être clairement rattachés à la croissance. Il a cependant constaté des poussées très actives qui atteignaient parfois 6 à 8 centimètres en un an, sans qu'en ces années exceptionnelles la santé des enfants fût particulièrement éprouvée.

Auboyer² fait ressortir la fréquence de l'accroissement de la taille après les maladies aiguës fébriles de l'enfance et de l'adolescence. Il cite l'opinion du professeur Perroud, que les petits mouvements fébriles peuvent coïncider avec les poussées de croissance exagérées et partage l'avis de Bouilly disant que ces poussées fébriles sont produites par une ostéite juxta-épiphysaire très atténuée.

Bouilly³ considère que c'est surtout dans le tissu osseux, au niveau des extrémités des os longs, que se font, sous des influences mal connues, ces poussées congestives qui peuvent aller jusqu'à l'inflammation et coïncider avec des accidents fébriles liés ou non à quelque autre lésion éloignée. C'est à ces accidents, croit-il, qu'on doit le nom de fièvre de croissance. Il termine par ces conclusions :

1° Qu'il peut y avoir, chez de jeunes sujets, des fièvres

¹ Dally, *Dict. encyclop. des sciences méd.*, art. CROISSANCE, 1879.

² Auboyer, *De la croissance et de ses rapports avec les maladies aiguës fébriles de l'enf. et de l'adol.* (th. de Lyon, 1881)

³ Bouilly, *Rev. mens. de méd. et de chir.*, p. 707-715, 1879.

qui reconnaissent pour cause des poussées congestives dans le voisinage des articulations, dans la zone juxta-épiphysaire;

2° Que ces poussées peuvent aussi être apyrétiques et ne se traduire que par la douleur et l'accroissement de la taille;

3° Que c'est le degré le plus atténué de l'ostéo-myélite des enfants et des adolescents, de l'ostéite juxta-épiphysaire du professeur Gosselin;

4° Que c'est peut-être là une explication plausible des fièvres dites de croissance.

En novembre 1883, il reprend le sujet¹, décrit plus soigneusement les formes légères et devient plus affirmatif: « Il existe, à mon sens, chez les enfants et chez les adolescents, une entité morbide à laquelle on peut donner avec raison le nom de fièvre de croissance, laquelle est caractérisée par une fièvre à marche spéciale et des douleurs spontanées et provoquées siégeant dans la zone d'accroissement des os et suivie d'accroissement rapide de la taille du sujet. Chez la plupart des enfants, le développement du squelette se fait d'une manière lente et progressive sans que l'économie traduise en rien ce travail intérieur; chez d'autres, au contraire, cet accroissement se produit par un état de souffrance plus ou moins accusé et s'accompagne d'accès fébriles qui semblent coïncider avec une exagération du travail physiologique et des poussées rapides d'accroissement.....

Il me serait difficile, pour le moment, de dire quelle est la nature et l'essence de cette maladie et nous en

¹ Id. *Gaz. des hôp.*

sommes encore, sur ce point, réduit à des hypothèses. Voici la mienne que je donne sans y tenir plus que de raison : Ne pourrait-on pas admettre que le travail exagéré produit, dans ce cas, au niveau des zones épiphysaires, fait pénétrer tout à coup dans l'économie des produits de désassimilation que les émonctoires ordinaires sont impuissants à éliminer assez rapidement et dont l'accumulation dans le sang produit une infection momentanée avec la fièvre et toutes ses conséquences ? Ne peut-il se produire par la suractivité nutritive de la moelle osseuse, un poison autochtone dont la rétention donnerait lieu aux accidents en question ? En tout cas, il n'y a guère de doutes à garder sur la nature infectieuse de la maladie ; son début souvent brusque et marqué par un frisson, des épistaxis fréquentes, un affaissement extrême et souvent prolongé des forces, dans les formes graves, l'intumescence de la rate, me paraissent être des phénomènes capables de faire soupçonner l'introduction d'un élément infectieux. » Puis il décrit trois formes fébriles que nous retrouverons au chapitre de la symptomatologie.

Landouzy¹ donne une belle observation de fièvre de croissance.

Guiller² cite un cas plus grave.

Agnès Lowry³ résume les travaux antérieurs et se rattache à cette idée que ce n'est pas la croissance qui produit la fièvre mais les lésions, le plus souvent osseuses,

¹ Landouzy, *Progrès méd.*, 8 sept. 1883.

² Guiller, *Gaz. des hôp.*, 13 nov. 1883.

³ Agnès Lowry, th. de Paris, 1884.

qui lui sont subordonnées. « M. Landouzy, dit-elle, répétait souvent : Il est des accidents et des états fébriles subordonnés à la croissance, mais cela d'une façon médiate et secondaire, par l'intermédiaire de lésions organiques préparées par les croissances trop rapides. Il en est des fièvres de croissance comme de la fièvre de lait, leur réalité est certaine, mais l'interprétation qu'on en a donnée est fautive. La croissance à elle toute seule ne donne pas plus la fièvre que la montée de lait normale et physiologique. Derrière la fièvre de croissance, comme derrière la fièvre de lait, il faut savoir chercher des troubles organiques et des lésions qui ont pour substratum, dans le premier cas, le système osseux, dans le second cas, l'appareil génital et ses annexes. » Aussi, pense-t-elle, que la croissance exagérée a mis l'organisme entier en état d'opportunité morbide en l'affaiblissant, et que les lésions osseuses, qui, elles, déterminent la fièvre, sont l'expression de cette faiblesse au lieu de moindre résistance. « A l'irritabilité qui est produite par une vascularisation augmentée et souvent par une vraie congestion du périoste et de la moelle, ajoutez que le constant travail du tissu osseux demande des quantités de matières nutritives plus grandes que ce qui est fourni souvent par les aliments ordinaires. Quand l'aliment requis n'est pas fourni en suffisante quantité, les tissus mal nourris montrent à la première occasion leurs points de faiblesse. » Enfin, elle divise les affections osseuses qui sont subordonnées à la croissance en formes légères, atténuées, dans lesquelles il n'y a pas besoin d'intervention chirurgicale et en formes graves chirurgicales ; puis elle donne comme caractères les plus frappants de ces mala-

dies, la fièvre, les douleurs osseuses avec ou sans lésion et l'accroissement rapide de la taille.

Ollier¹ réserve le nom d'ostéite de croissance « pour ces ostéites survenues sans cause appréciable, en dehors de tout traumatisme et de toute cause locale ou diathésique, qui paraissent liées seulement à l'exagération du travail de nutrition qui s'opère à un moment donné dans telle ou telle portion du squelette ». « Il existe des douleurs vaguement rapportées aux articulations mais siégeant, en réalité, dans la région juxta-épiphysaire, qu'on doit attribuer à une hyperhémie passagère de la zone de prolifération physiologique. » « Quand les enfants sont assez intelligents pour rendre compte de leurs sensations, ils assignent à ces douleurs les régions juxta-épiphysaires pour siège; quelquefois cependant, ils indiquent une partie de la diaphyse plus ou moins éloignée des épiphyses. Dans certains cas, à la hanche, par exemple, c'est l'articulation qu'ils montrent comme le siège de la douleur. » Ces différents sièges de la douleur sont explicables par le mode d'accroissement de l'os. « Si c'est à la région juxta-épiphysaire que se trouve la zone de prolifération physiologique la plus active, il ne faut pas oublier qu'il se fait sous le périoste, tout le long de la diaphyse, un dépôt continu, quoique inégal dans ses diverses parties, de couches osseuses pour l'accroissement en épaisseur. D'autre part, il est des extrémités diaphysaires, c'est-à-dire des régions juxta-épiphysaires qui se trouvent comprises dans l'articulation elle-même, et le travail hyperhémique dont elles sont le siège, doit se confondre avec un

¹ Ollier, *Encyclop. int. de chirurgie*, t. IV, 1885.

travail pathologique de l'articulation; d'où confusion inévitable de l'ostéite et de l'arthrite dans ces régions : à la hanche, par exemple. » Il pense que la fièvre qui accompagne parfois ces douleurs est plutôt un état fébrile indépendant, accidentellement survenu et coïncidant avec une poussée plus grande du squelette, qu'un phénomène ayant sa source et sa cause dans le travail organique qui s'accomplit dans les zones d'accroissement de l'os. Aussi assigne-t-il à ces ostéites les mêmes causes qu'aux ostéites aiguës ou chroniques non tuberculeuses.

Trélat¹ reconnaît des intermédiaires entre la fièvre de croissance et l'ostéomyélite, des formes atténuées de l'ostéomyélite. L'ostéomyélite « peut s'installer sournoisement, être chronique dans sa marche, insidieuse dans ses manifestations ». Son élève, Francon², affirma que cette forme insidieuse était tuberculeuse, mais Trélat revint sur cette opinion et admit des formes non tuberculeuses.

Reclus³ admet comme probable, dans les cas légers, une simple congestion, une hyperémie plus ou moins vive qui exagère les phénomènes nutritifs du cartilage conjugal; l'allongement rapide de la taille est la conséquence directe de cette activité redoublée. Un pas encore et cette congestion provoquera une production osseuse irrégulière; il y aura nutrition déviée, épaissement épiphysaire par exemple. Si les désordres ne s'arrêtent pas là, on peut avoir les exostoses ostéogéniques, ou bien

¹ Trélat, *clinique chirurg.*, t. I, p. 265.

² Francon, *De l'ostéomyélite insidieuse et du premier stade de l'ostéomyél. tub.* (thèse de Paris, 1885).

³ Reclus, *Clinique chirurg.*, Hôtel-Dieu, 1888.

enfin, si l'inflammation survient, si le staphylocoque doré ensemence l'épiphyse, des suppurations circonscrites ou diffuses.

Springer¹ dit à son tour : « Les enfants grandissent pendant leurs maladies. Pendant la croissance, le tissu osseux étant le siège d'une activité nutritive portée à son maximum, appelle sur lui les localisations morbides. Si la localisation, ainsi qu'il arrive le plus souvent, consiste en une simple hyperémie, cette congestion augmente l'activité fonctionnelle des éléments sur lesquels elle porte et qui se manifeste, pendant la croissance, sous forme de prolifération cellulaire. Ainsi s'explique l'allongement des os. Si, en certains points des os, la congestion est plus intense, il peut se produire une véritable inflammation qui s'accompagne le plus souvent de décharges bactériennes.

Miallaret² montre l'analogie qui existe dans les caractères, le pronostic des douleurs de croissance et des douleurs de l'ostéomyélite, et voit dans la fièvre de croissance le premier degré de l'ostéomyélite.

P. Mauclore³ rappelle une variété d'ostéomyélite sans abcès ni nécrose. Les symptômes sont ceux de l'ostéomyélite ordinaire, mais la maladie se termine sans la production d'abcès ni de nécrose. La guérison a lieu et le malade ne conserve qu'une hyperostose quelquefois avec ankylose, si l'articulation voisine a été lésée. Il ne croit

¹ Springer, *La croissance ; son rôle en pathologie. Essai de pathol. gén.* (th. de Paris, 1890).

² Miallaret, *De l'ostéomyélite larvée, des ostéalgies ostéomyélitiques* (th. de Lyon, 1893).

³ P. Mauclore, *Des ostéomyélites de la croissance. Monographie 1894* (*Bibl. méd. Charcot et Debove*).

pas le diagnostic avec la fièvre de croissance toujours facile, car il existe, dit-il, des degrés intermédiaires entre la fièvre de croissance et l'ostéomyélite classique. Parlant de l'ostéomyélite prolongée, que d'autres appellent retardée, dans laquelle une première poussée aiguë peu importante, passant inaperçue parfois, est suivie plusieurs mois, plus souvent plusieurs années après par les vrais accidents de l'ostéomyélite, il considère, avec Bouilly, la fièvre de croissance, comme le premier degré de l'ostéomyélite.

Gangolphe¹ estime que, sans vouloir affirmer qu'il s'agit toujours d'un processus pathologique infectieux, très atténué, il est logique de penser que, dans certains cas, une telle opinion est tout à fait plausible. L'activité nutritive des régions juxta-épiphysaires pendant l'accroissement peut être la cause de douleurs fixes dans leurs sièges, spontanées ou appréciables seulement à la pression. Le plus souvent apyrétiques, ces douleurs surviennent d'emblée chez un enfant à croissance rapide ou se montrent après une marche, une fatigue quelconque. Le repos les fait disparaître et, au bout de quelques jours, tout est terminé. D'autres fois, les douleurs de croissance sont plus tenaces. Il n'a pas observé de fièvre et, à son avis, les douleurs de croissance accompagnées d'état fébrile, à plus forte raison s'il y a un peu de tuméfaction de l'os ou d'une jointure adjacente, méritent d'être rangées dans les manifestations bénignes de l'ostéomyélite.

Lévêque² nous dit qu'à l'extrémité supérieure du fémur, comme au niveau d'autres extrémités du squelette, on doit,

¹ Gangolphe, *Traité des mal. infect. et chirurg. des os*, 1894.

² Lévêque, th. de Lyon, 1895.

en effet, rencontrer les diverses formes de l'ostéomyélite infectieuse. A côté, par exemple, de la coxalgie ostéomyélitique suraiguë, éminemment infectieuse, « alors que le sujet est emporté par des complications septicémiques avant même que la suppuration de l'article ait eu le temps de s'établir, et des pseudo-coxalgies ou coxalgies de croissance, caractérisées anatomiquement par une hyperémie plus ou moins marquée du tissu spongieux juxta-épiphysaire et cliniquement par les signes d'une véritable coxalgie au début, d'où le nom de pseudo-coxalgie donné par M. le professeur Poncet à de tels phénomènes articulaires, il existe, on le comprend, toute une série d'intermédiaires.

Il distingue l'arthrite purulente, l'arthrite douloureuse avec ankylose et l'arthrite douloureuse avec guérison.

Lacroix¹ range la fièvre de croissance dans les formes chroniques d'emblée de l'ostéomyélite, lui assigne, par conséquent, une origine infectieuse. Et comme ces formes parcourent successivement les trois phases : douleurs, hyperostose, abcès osseux, il reconnaît dans la fièvre de croissance les types principaux suivants :

a) Accès fébriles légers accompagnant un accroissement rapide de la taille, sans localisations douloureuses;

b) Simple hyperémie médullaire avec douleurs plus ou moins vives;

c) Hyperémie avec hyperplasie osseuse ou arrêt du développement normal, amenant ces inégalités de longueur des membres sur lesquelles insistait Ollier, l'allongement étant beaucoup plus fréquent que le raccourcissement;

¹ Lacroix, th. de Lyon, 1897.

- d) Ostéite avec hyperostose et tendance à la suppuration ;
- e) Abscesses osseux.

A. Poncet¹, quoique conservant le terme de fièvre de croissance, en raison de son origine ancienne et surtout de l'idée qu'il entraîne, idée souvent juste, lui préfère la désignation d'ostéite plastique de la croissance, qui comprend l'hyperémie passagère, parfois instantanée, caractérisée par une douleur également fugitive plus ou moins forte, et la tuméfaction des extrémités osseuses qui s'accompagne volontiers de fièvre, d'accidents généraux dont la gravité apparente a pu égarer le diagnostic. Il distingue deux variétés principales de fièvre de croissance : l'une que l'on pourrait appeler fièvre de croissance sans fièvre, poussée de croissance et dans laquelle les douleurs osseuses appellent parfois exclusivement l'attention, c'est la variété la plus commune ; l'autre, la fièvre de croissance proprement dite, dont les symptômes rappellent quelquefois ceux de l'ostéomyélite suppurée, celle de Bouilly.

Nous voyons ainsi qu'on est arrivé peu à peu à faire de la fièvre de croissance une affection osseuse, mais là, nous nous trouvons en présence de deux opinions qui trouvent encore des partisans, l'une attribuant les douleurs juxta-épiphysaires à une hyperémie locale d'origine physiologique, c'est-à-dire sans intervention locale de microbes ou de leurs toxines, l'autre subordonnant cette hyperémie à une infection locale atténuée. Faudrait-il donc distin-

¹ A. Poncet, *Traité de chirurgie* S. Duplay et P. Reclus, 1897.

guer les deux cas dans la pseudo-coxalgie de croissance et admettre une forme non infectieuse et une forme infectieuse? Nous ne le pensons pas, car cette distinction anatomopathologique presque impossible à vérifier, puisque les sujets guérissent, ne subsiste pas en clinique. D'ailleurs, l'une et l'autre forme peuvent conduire aux mêmes complications : la première favorise l'infection, et la seconde, étant déjà infectieuse, peut le devenir davantage.

En ce qui concerne plus particulièrement la pseudo-coxalgie de croissance, il y a peu à dire au point de vue historique. Lovett et Morse¹ font remarquer, avec une statistique à l'appui, qu'une coxalgie qui présente tous les signes caractéristiques du début de cette affection peut, dans certains cas, n'être que passagère et guérir en quelques mois au lieu de durer des années. Sur 38 coxalgiques qui n'étaient entrés qu'une fois, en 1888-89, à l'unique hôpital d'enfants de Boston et dont quelques-uns cependant étaient revenus une à deux fois, mais n'avaient pas suivi de traitement continu, 24 furent retrouvés en février 1892. Chez 11 d'entre eux, la coxalgie avait suivi sa marche habituelle et, chez les 13 autres, une guérison rapide s'était maintenue. Ils pensent que 8 n'eurent probablement qu'une simple synovite aiguë, mais que les 5 autres doivent avoir présenté une affection osseuse bien réelle; seulement, ils ne disent pas laquelle. Et nous n'avons pu retrouver qu'une allusion de Gosselin, une

¹ Lovett et Morse, *Boston med. and surg. Journal*, 18 août 1892.

autre d'Ollier, deux observations de Reclus, une de Duplay et un article de Fiessinger¹, où il raconte la bonne fortune du praticien auquel le public attribue la guérison d'une coxalgie qui n'était qu'une ostéite juxta-épiphysaire de croissance. Peu d'auteurs donc se sont occupés de cette entité morbide. M. le professeur Poncet, cependant, a insisté sur cette question, dans la première édition du *Traité de chirurgie* d'abord, puis dans la thèse de Lévêque, plus encore dans la seconde édition du *Traité de chirurgie* et enfin, aujourd'hui encore, en nous inspirant ce travail.

¹ Fiessinger, *Médecine moderne*, 8 oct. 1898.

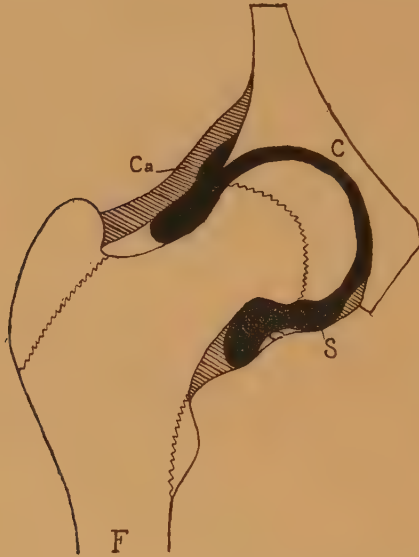
Rappelons, en passant, le mode de développement du squelette de la hanche.

L'os coxal se développe par trois points d'ossification principaux pour l'ilion, le pubis et l'ischion. Ces trois centres d'ossification se développant rapidement, envahissent la cavité cotyloïde, où ils ne sont plus séparés à la naissance que par trois branches cartilagineuses rappelant assez bien, dans leur ensemble, la forme d'un Y. Les points complémentaires sont variables en nombre et en importance (Testut¹). Nous ne citerons que ceux qui nous intéressent, les trois points complémentaires pour la cavité cotyloïde apparaissant dans le cartilage en Y. De ces trois points, il en est un qui persiste encore à la douzième année, sous la forme d'une plaque osseuse située entre l'ilion et le pubis, au niveau de la partie antéro-supérieure de la cavité cotyloïde et du sourcil cotyloïdien.

Le fémur se développe par cinq points d'ossification : un primitif pour le corps et quatre complémentaires pour les extrémités. Des quatre points complémentaires, trois appartiennent à l'extrémité supérieure, l'un pour la tête, les deux autres pour le grand et le petit trochanter.

¹ Testut, *Traité d'anatomie*.

La figure ci-jointe nous montre que les trois points d'ossification cotyloïdiens et celui qui sépare la tête et le col du fémur sont complètement intra-articulaires. On peut donc s'attendre à voir les troubles que leur imprime la fièvre de croissance se répercuter sur l'articulation et



F, fémur ; *C*, cotyle ; *S*, synoviale ; *Ca*, capsule articulaire.

donner lieu aux symptômes de l'arthrite. Parmi ces symptômes, il n'en est pas, croyons-nous, qui puissent nous indiquer si le point d'ossification affecté appartient à la cavité cotyloïde ou au fémur.

PSEUDO-COXALGIE

COXALGIE DE CROISSANCE

SYMPTOMES

La symptomatologie de la pseudo-coxalgie de croissance est assez variée ; variée en ce sens qu'elle ne présente pas toujours une allure clinique suffisamment nette pour la faire distinguer facilement des autres formes de coxalgies ou de pseudo-coxalgies, qu'elle peut débiter par l'un ou l'autre des symptômes qui lui appartiennent, qu'elle peut présenter un plus ou moins grand nombre de ces symptômes et qu'elle évolue plus ou moins rapidement, aboutissant à une guérison complète sans récurrence, ni aucune autre manifestation pathologique ressortissant de la même cause ou à une guérison temporaire avec retours offensifs quelquefois plus graves, *in situ* ou à distance en d'autres points juxta-épiphysaires du squelette et à date plus ou moins rapprochée ou éloignée. Nous avons l'intention de décrire une forme type autour de laquelle on aurait pu faire graviter tous les cas possibles, mais, vu le petit nombre d'observations précises que nous possédons, nous

ne nous croyons pas encore assez autorisé. D'ailleurs, dans les observations publiées jusqu'à ce jour, où l'on retrouve un syndrome coxalgique atténué et disparu en très peu de temps, on n'a peut-être pas bien souvent pensé à une localisation possible de la fièvre de croissance, on a peut-être négligé de signaler ou de rechercher différents signes qui auraient pu mettre sur la voie du diagnostic et nous risquons de prendre pour base de notre description, la forme qui serait loin d'être la plus fréquemment rencontrée en clinique. N'ayant pas d'autre but que celui d'attirer l'attention sur cette pseudo-coxalgie, beaucoup plus fréquente, il nous semble, qu'on ne le croit, nous nous contenterons d'en énumérer les divers symptômes en indiquant les particularités qu'ils nous ont paru revêtir le plus souvent.

Début souvent brusque. — C'est le plus ordinairement à l'occasion de fatigues quelconques, de marches prolongées, de station debout longtemps soutenue, d'exercices gymnastiques exagérés, à la suite d'exposition au froid humide, d'efforts de natation, des mouvements qui produisent l'entorse juxta-épiphysaire, de toutes les causes, en un mot, qui à un degré de plus peuvent provoquer une inflammation osseuse véritable que, le soir, à la tombée de la nuit, après avoir joué toute la journée, l'enfant se plaint. Il accuse de la douleur dans la hanche, ou il boite, ou il est pris de phénomènes fébriles s'accompagnant de sensations douloureuses en divers points du squelette, ou bien encore il présente tous ces symptômes à la fois.

Douleur de la hanche. — La douleur de la hanche apparaît généralement d'emblée. Chez quelques-uns elle est aiguë et immédiatement assez forte pour les obliger

à garder le lit et à laisser dans l'immobilité complète leur articulation souffrante. Chez d'autres, et c'est le plus grand nombre, elle est assez modérée, ne se prononçant un peu plus qu'à la fin de la journée après les fatigues imposées à l'articulation; elle est plus ou moins vive, lancinante, profonde, intra-osseuse et peut s'irradier jusqu'au genou, mais il ne semble pas que la gonalgie ait été un symptôme primitif. Il n'y a ni chaleur, ni tuméfaction appréciables, quelquefois cependant, on peut observer un peu de l'une et de l'autre. Enfin, chez d'autres encore, cette douleur spontanée fait défaut ou à peu près. Quelle que soit son intensité, il n'est pas rare de la voir disparaître après vingt-quatre ou quarante-huit heures de séjour au lit mais, plus souvent, elle est durable ou tout au moins revient à divers intervalles pendant un plus ou moins longtemps.

On peut l'exagérer, la réveiller, la provoquer par la pression directe et par la pression à distance; en appuyant plus au moins fortement à la base du triangle de Scarpa, en arrière de l'articulation au-dessous des muscles fessiers, ayant soin dans ce cas, suivant la remarque de Lannelongue, de porter le membre dans une flexion aussi prononcée que possible jointe à l'adduction et à la rotation en dedans; en pressant, en frappant avec la paume de la main sur le grand trochanter ou sur le talon, la jambe étant étendue; en imprimant des mouvements étendus au membre inférieur. Mais toutes ces manœuvres peuvent aussi ne révéler aucune sensibilité.

La douleur, donc, ouvre souvent la scène et assez brusquement. Il n'y a pas de prodromes. Toutefois, notamment dans les cas qui paraissent comporter une certaine gravité, il arrive que tous les signes du côté de la hanche sont

précédés de phénomènes généraux avec angine, embarras gastrique fébrile, nausées, vomissements, frissons annonçant la fièvre, convulsions même, et surtout épistaxis abondante ou plus ou moins répétée.

Claudication. — La claudication accompagne naturellement le symptôme précédent, mais elle se montre parfois avant la douleur de la hanche et peut exister sans elle. Il est rare qu'on soit obligé de la rechercher par le signe du maquignon, de même qu'il n'est pas besoin d'avoir recours au signe de l'épreuve pour constater que le sujet fait plus volontiers porter le poids de son corps sur le membre sain; elle est rapidement assez marquée pour attirer l'attention. « L'enfant rentre de l'école, il tire la jambe; le lendemain cela augmente, les parents s'inquiètent et, dès le troisième jour, la boiterie est manifeste et s'accompagne de douleurs spontanées ou provoquées. » (Fiessinger).

Mouvements physiologiques limités. Contractions musculaires et attitudes vicieuses. — Lorsqu'on examine les mouvements physiologiques de la hanche malade, on peut les trouver intacts, c'est-à-dire aussi étendus qu'à l'état ordinaire, aussi faciles et sans douleur; alors il n'y a pas de contracture musculaire ni d'attitude vicieuse pendant la marche et à plus forte raison au repos; tandis que, d'autres fois, on est frappé à première vue de la raideur du membre inférieur immobilisé par la contracture de certains groupes musculaires, tant la douleur est violente, et la moindre tentative de mouvement imprimé à la cuisse entraîne le bassin. Mais c'est dans un état intermédiaire qu'il faut chercher ce qui se voit le

plus fréquemment. Les mouvements sont possibles, mais plus ou moins douloureux et limités. Ce n'est que lorsqu'on veut augmenter leur étendue, surtout dans les tentatives de flexion de la cuisse avec abduction que le bassin entraîné bascule et continue dans l'articulation sacro-vertébrale le mouvement commencé dans l'articulation coxo-fémorale et à ce moment se montre la contracture musculaire. Puis, si cet état dure depuis quelques jours, on voit bientôt apparaître une attitude vicieuse se maintenant aussi bien au repos que pendant la marche. C'est une flexion simple de la cuisse sur le bassin, une flexion avec abduction, rotation en dehors et allongement apparent du membre inférieur ou avec adduction, rotation en dedans et raccourcissement apparent, puis l'ensellure et la scoliose lombaire. Ces diverses attitudes sont bien connues dans la coxalgie tuberculeuse ; nous n'insisterons pas, faisant seulement remarquer qu'elles n'ont pas ici la même tendance à suivre un ordre régulier.

Ajoutons encore que parfois le jeu de l'articulation de la hanche est accompagné d'une sorte de craquement « d'un bruit semblable à celui qui résulte du frottement de deux surfaces gênées dans leur mouvement » (Regnier).

Douleurs en différents points juxta-épiphysaires du squelette — Ce signe, quand il existe, acquiert une très haute importance au point de vue du diagnostic, car nous ne croyons pas qu'il ait été signalé dans les autres pseudo-coxalgies ni dans la coxo-tuberculose. Ces douleurs présentent les mêmes caractères que celle de la hanche; elles sont spontanées ou éprouvées à

la pression, mais il faut les rechercher avec soin car les petits malades ne les accusent pas spontanément. Ils se plaignent ordinairement d'une grande lassitude, d'une sensation de courbature générale, de meurtrissure dans les muscles, au niveau des articulations et le long du rachis, mais ils ne localisent pas la douleur avec la précision que démontre un examen direct. « Au point de vue de ses localisations diverses elle a, pour ainsi dire, la précision des points névralgiques; elle siège toujours dans la zone juxta-épiphysaire, dans une étendue un peu variable suivant le volume des os, mais ne dépassant guère un travers de doigt en hauteur » (Bouilly). Voici par ordre et d'après le même auteur, en quelles régions on les trouvera le plus souvent : extrémité inférieure du fémur, au-dessus des condyles, surtout au côté interne; partie antérieure de la région de l'aîne vers le col du fémur (coxalgie de croissance); épaule, partie antérieure, au-dessous de la tête humérale; au-dessus des condyles de l'extrémité inférieure de l'humérus; plus rarement aux extrémités inférieures et supérieures des os de l'avant-bras; aux extrémités du tibia; assez souvent à l'extrémité inférieure du péroné, au-dessus de la malléole. La sensibilité des os courts et des os plats est beaucoup moins marquée. Des points douloureux ont aussi été trouvés sur l'épiphyse marginale de l'os iliaque à un demi-travers de doigt au-dessous de cette crête; sur l'épiphyse marginale de l'omoplate, très près du bord axillaire; sur les apophyses épineuses du rachis; une seule fois sur les os du crâne. Des douleurs beaucoup moins vives peuvent exister dans la continuité des os longs.

Fièvre. — La pseudo-coxalgie de croissance est le plus souvent apyrétique et si l'on observe parfois un mouvement fébrile, il est de peu de durée. C'est ainsi qu'on peut voir une certaine élévation de la température générale dans plusieurs de nos observations où, du reste, la fièvre n'a pas été suivie, notée avec soin ; aussi nous rappellerons les trois formes de fièvre de croissance décrites par Bouilly, les considérant comme possibles dans le cas particulier.

1^o *Forme aiguë, rapide.* La fièvre éclate tout d'un coup, en général, le soir ou la nuit, avec une grande intensité, comme au début d'une pneumonie, d'une scarlatine. Le jeune malade a de l'insomnie, de l'agitation ; quelquefois du délire, des menaces de convulsions. La température s'élève à 39°5, 40 degrés et plus. Il n'y a pas de prodromes, mais ces accès ont été précédés pendant quelques jours par un état de malaise et un peu de courbature. La fièvre dure vingt-quatre, trente-six heures, rarement plus ; elle tombe brusquement et tout rentre dans l'ordre. Le sujet ne conserve qu'un état de faiblesse assez marqué et une tendance au retour d'accès fébriles analogues, s'il est sorti trop tôt et surtout s'il a fait une course à pied. Assez fréquemment l'accès fébrile est précédé ou s'accompagne d'épistaxis.

2^o *Forme aiguë prolongée,* en général assez grave, montrant les accidents à leur plus haut degré. Elle débute rarement d'emblée ; le plus souvent elle est précédée de quelques jours de frissons, de malaise, d'inappétence, à moins qu'elle n'éclate après un exercice violent, sans phénomènes précurseurs. Le malade présente la plupart des symptômes de la fièvre typhoïde : frissons, céphalée, dé-

lire, température de 40 degrés ; le ventre est ballonné, la rate augmentée de volume ; il y a du gargouillement dans la fosse iliaque droite et un état de stupeur caractéristique ; puis tout à coup, la scène change et le calme renaît après cinq ou dix jours de maladie.

3^o Forme traînante. Elle est d'une durée indéterminée, procède par une série de petits accès fébriles se reproduisant pendant des semaines, quelquefois des mois avec des irrégularités et une ténacité désespérante. A propos de rien, à propos de tout éclate un petit accès de fièvre caractérisé par un frisson ou de la chaleur, durant deux à trois heures et laissant à sa suite un grand abattement. Le petit malade (le plus souvent âgé de dix à douze ans) reprend ses occupations après quelques jours de repos et les accidents éclatent de nouveau. Il est faible, fatigué, triste, n'ayant de goût ni au travail, ni au jeu, accusant des maux de tête fréquents et ayant de petites épistaxis à répétition.

Accroissement rapide de la taille. — L'accroissement rapide de la taille est un phénomène presque constant dans la fièvre de croissance ; il n'est donc pas étonnant que nous le retrouvions dans la pseudo-coxalgie de croissance et c'est même là encore un signe d'une grande valeur pour le diagnostic. Nous n'ignorons pas son existence dans bon nombre d'autres affections. Richard de Nancy faisait déjà remarquer que « si l'accroissement ne produit pas la fièvre, il résulte souvent de maladies fébriles ou leur succède ». On maintient au lit pendant un certain temps un jeune sujet atteint d'une maladie fébrile plus ou moins infectieuse ; quand il se lève, il a

grandi sensiblement. Cela est bien connu et l'on s'accorde à dire que les microbes de cette maladie ou leurs toxines n'ont pas eu une virulence suffisante pour déterminer une lésion pathologique osseuse et qu'ils ont donné un coup de fouet au travail physiologique qui se passe au niveau des cartilages juxta-épiphysaires. Ce n'est en somme toujours que de la fièvre de croissance et les pseudo-coxalgies succédant aux maladies fébriles ne doivent pas être distraites du groupe dont nous parlons. Mais, ce qu'il importe pour nous, c'est de savoir s'il en est de même dans la coxalgie tuberculeuse. Nous ne le croyons pas. Dans la tuberculose de la hanche, ce n'est qu'à la longue qu'on peut constater un allongement osseux qui du reste se limite au fémur malade et n'atteint pas les proportions observées dans la fièvre de croissance. Il va sans dire qu'un accroissement rapide et très prononcé de la taille, par la dépense nutritive qu'il a nécessité peut affaiblir un sujet prédisposé et le préparer à une manifestation tuberculeuse de la hanche, par exemple ; mais, dans ce cas, l'accroissement n'est qu'une cause prédisposante et précède l'affection au lieu de marcher de pair avec elle.

Cet accroissement ne porte pas nécessairement sur tout le squelette ; il peut être remplacé par un allongement non symétrique et cela surtout dans les cas graves. Bien plus, on peut observer un arrêt dans la croissance du membre inférieur atteint, alors le cartilage de conjugaison a été détruit ou bien son irritation a produit la soudure prématurée de l'épiphyse et de la diaphyse.

On a cherché à établir les lois d'après lesquelles se fait l'accroissement normal de la taille de l'homme, mais on n'a pu arriver à des formules exactes ; voici néanmoins les

conclusions de Quetelet dans ses recherches sur la loi de croissance de l'homme¹ :

1° La croissance est plus rapide immédiatement après la naissance ; l'enfant, dans l'espace d'un an, croît d'environ 2 centimètres.

2° La croissance de l'enfant diminue à mesure que son âge augmente, jusque vers quatre à cinq ans, époque à laquelle il atteint le maximum de la vie probable ; ainsi, pendant la seconde année qui suit la naissance, l'accroissement n'est que la moitié de ce qu'il était la première et pendant la troisième année, le tiers environ.

3° A partir de quatre à cinq ans, l'accroissement de la taille devient à peu près régulier jusqu'à seize ans, c'est-à-dire jusqu'après l'âge de la puberté ; l'accroissement annuel est d'environ 56 millimètres.

4° Après l'âge de la puberté, la taille continue encore à croître, mais faiblement ; ainsi, de seize à dix-sept ans elle croît de 4 centimètres ; dans les deux années qui suivent, elle croît de 2 cm. 5 seulement.

5° La croissance totale de l'homme ne paraît pas encore terminée à vingt-cinq ans.

Il ajoute que la croissance annuelle pour les filles, entre cinq et quinze ans, est d'environ 52 millimètres.

Dans nos observations, nous n'avons pas de mensurations précises, mais, malgré cela, nous pouvons dire que, pour avoir été remarquée, l'augmentation de la taille a été beaucoup plus grande et plus rapide que ne l'indique ce tableau, d'autant plus que c'est précisément à l'âge où l'ac-

¹ Quetelet, *Annales de l'hygiène*, t. VI, p. 89, Paris, 1831.

croissement se fait de la façon la plus régulière que l'on rencontre le plus fréquemment la pseudo-coxalgie de croissance. On a cité d'ailleurs, dans la fièvre de croissance, des allongements de 1,2 centimètres en quinze jours ; 3 centimètres en un mois (Guiller) ; 8 centimètres en deux mois (Bouilly) ; en six semaines (Bouchut) ; 15 centimètres en deux mois (Auboyer) ; 50 à 60 centimètres en six mois (Regner). Il s'agissait dans ce dernier cas d'un garçon de quatorze ans resté très petit jusqu'à cet âge et surnommé le nain à cause de l'exiguïté de sa taille. Il fut pris tout à coup de douleurs commençant par l'articulation tibio-tarsienne et envahissant successivement toutes les articulations. Les douleurs étaient tellement vives que le malade était condamné à une immobilité absolue, mais elles ne s'accompagnaient pas de fièvre, ni d'autres accidents. Ici les douleurs de la hanche ne pouvaient prêter à aucune confusion.

Lorsque la pseudo-coxalgie de croissance évolue rapidement, ce qui est la règle, il n'y a pas d'atrophie musculaire appréciable du côté du membre inférieur atteint, mais on comprend que les muscles aient peine à suivre cet accroissement exagéré du squelette ; ils sont frêles, sans vigueur, et la moindre marche s'accompagne d'une prompte fatigue. Quand elle a revêtu une allure chronique, disparaissant et revenant à plusieurs reprises, on a observé l'atrophie.

Les ganglions inguinaux ne sont ordinairement pas augmentés de volume, pas plus que la région de la hanche. Nous avons cependant parfois noté un peu d'empâtement au voisinage du cartilage conjugal, et l'on sait que Bouilly, Gosselin et Trélat ont observé exceptionnellement

l'hydarthrose dans l'articulation voisine des régions juxta-épiphysaires souffrantes.

Naturellement, c'est à tous les âges, depuis la naissance jusqu'à la fin de la croissance, c'est-à-dire vers vingt-cinq, vingt-huit ans, qu'on peut voir la pseudo-coxalgie dont il est question, mais surtout vers la fin de l'enfance et dans les premières années de l'adolescence, en moyenne à l'âge de treize ans.

En résumé, une douleur de la hanche survenue brusquement après des fatigues quelconques, s'accompagnant de claudication avec ou sans limitation des mouvements de l'articulation coxo-fémorale, avec ou sans attitude vicieuse, et de douleurs similaires en d'autres points juxta-épiphysaires, cela chez un sujet à antécédents héréditaires et personnels favorables, subissant un accroissement rapide de la taille à l'occasion de cette affection, caractérise la pseudo-coxalgie de croissance.

MARCHE. — PRONOSTIC

Le pronostic est bénin. En général, l'affection évolue rapidement vers la guérison complète, surtout si on la compare à la coxo-tuberculose. Après quinze jours, trois semaines, un mois de repos avec ou sans immobilisation, tous les accidents disparaissent et l'enfant peut reprendre ses occupations et ses jeux. Quelquefois la guérison se fait attendre plusieurs mois. Nous ne parlons pas, bien entendu, de ces cas éphémères qui ne durent que vingt-quatre ou quarante-huit heures et qui, de ce fait, passent inaperçus. Mais il ne faut pas être trop optimiste car l'hyperémie, l'inflammation du cartilage d'accroissement compris dans la cavité articulaire peut retentir sur elle et donner lieu à de l'arthrite qui prolongera la durée de la maladie et pourra lui donner une allure chronique et laisser une certaine raideur de l'articulation si le sujet continue à marcher et à supporter des fatigues malgré la douleur. C'est à ce propos que Gosselin disait¹ : « Je ne serais pas étonné que certaines fausses ankyloses survenues pendant la jeunesse et qu'on ne peut expliquer ni par le rhuma-

¹ Gosselin, *Arch. gén. de Méd.*, 1858.

tisme, ni par les scrofules, ni par une lésion traumatique, aient été déterminées par une arthrite lente, développée en même temps que l'ostéite légère de croissance, au moment de la soudure des épiphyses. » L'hyperémie de la zone de prolifération physiologique ne provoque, en effet, pas seulement la douleur, mais elle peut être le début d'une inflammation osseuse et plusieurs enfants sont repris deux ou trois fois par an et pendant quelques années des mêmes accidents qui ensuite ne reviennent plus. Nous savons encore que l'articulation peut offrir un peu de tuméfaction qui disparaîtra promptement ou de l'hydarthrose qui peut persister plus ou moins longtemps et présenter de temps à autre des poussées aiguës. D'autre part, le professeur Ollier nous fait remarquer que des ostéomyélites qui prennent plus tard le caractère infectieux commencent souvent comme des douleurs de croissance. Les enfants éprouvent pendant plusieurs semaines des douleurs juxta-épiphysaires qui reviennent par crises, comme par accès, et qui se calment d'elles-mêmes. Poursuivés par leurs parents, ils reprennent leurs jeux dès que la douleur se calme, mais ils se fatiguent vite et restent pendant un certain temps sous l'imminence des accidents les plus graves. Un léger traumatisme, un mouvement forcé, un refroidissement local ou général (repos sur l'herbe, sur la terre humide) feront alors éclater les symptômes d'une inflammation aiguë. Nous ne pouvons donc moins faire que de répéter pour la pseudo-coxalgie de croissance, cette phrase que M. le professeur Poncet appliquait à l'ostéomyélite larvée¹ : « Il existe là un foyer latent susceptible

¹ Poncet, *Prov. méd.*, 1893.

de disparaître, mais aussi de réveiller des accidents inflammatoires sous l'influence d'une cause occasionnelle ». Nous avons, en effet, deux observations dans lesquelles des phénomènes ostéomyélitiques avec hyperostose diffuse sont venus compliquer l'affection primitive.

Enfin, une première souffrance de la hanche, si légère soit-elle, crée un lieu de moindre résistance et peut, chez un sujet prédisposé, servir de point d'appel à une localisation tuberculeuse.

DIAGNOSTIC

Nous avons dit que la pseudo-coxalgie de croissance, présentant ses symptômes au complet, se distinguait par l'apparition brusque d'une douleur spontanée et provoquée de la hanche avec boiterie, attitude vicieuse, contracture musculaire et douleurs juxta-épiphysaires en différents points du squelette, le tout disparaissant en un temps relativement court après un accroissement rapide de la taille. Mais il s'en faut de beaucoup qu'elle offre toujours cet aspect particulier ; on n'observe souvent que les premiers de ces signes, et le diagnostic est alors très difficile. Dès le début de l'affection, il est parfois impossible, et ce n'est qu'une prompte guérison se maintenant pendant plusieurs années qui pourra le confirmer. Néanmoins, nous allons exposer les principales maladies avec lesquelles on pourrait la confondre.

Il faut d'abord songer à toutes les pseudo-coxalgies. Voyons celles dans lesquelles il y a contracture douloureuse des muscles périarticulaires, sans altération de la jointure ni du voisinage.

Coxalgie hystérique. — La pseudo-coxalgie hystérique attire la première notre attention, d'abord parce

qu'elle a une certaine ressemblance d'allure avec celle que nous étudions, ensuite parce qu'on a dû prendre plus d'une fois l'une pour l'autre. En effet, les limites des diverses variétés de pseudo-coxalgies ne sont pas bien tranchées et Duplay¹ pensait déjà que beaucoup de coxalgies hystériques devaient être des coxalgies réflexes. Aussi, nous croyons que toutes les fois qu'un jeune sujet sans antécédent nerveux ne présente pas de stigmate bien net de cette névrose, on doit plutôt songer à une coxalgie de croissance qu'à une manifestation hystérique, si l'on ne trouve rien pour expliquer la douleur de la hanche, la claudication ou la contracture. Et l'on sera d'autant plus autorisé à cela que l'enfant sera plus jeune, car, (nous l'avons entendu dire plusieurs fois par M. Weill dans ses leçons sur les maladies infantiles) la susceptibilité du système nerveux des enfants est spéciale à chaque âge et ce n'est guère qu'à la fin de la deuxième enfance, au-dessus de dix à onze ans, qu'on observe l'hystérie. Du reste, par un examen minutieux, on peut ordinairement faire le diagnostic. En effet, dans la coxalgie hystérique, la douleur a des caractères particuliers. Elle n'occupe pas un siège absolument fixe; la malade (il s'agit le plus souvent du sexe féminin) la localise tantôt en avant, tantôt en arrière, presque toujours en un point autre que ceux qui appartiennent à une maladie réelle. C'est plutôt une douleur superficielle que profonde, une hyperesthésie cutanée. En pinçant la peau, elle est beaucoup plus vive qu'en exerçant une forte pression (Brodie). Si on place très doucement la main à plat sur l'endroit indiqué et

¹ Duplay, *Gaz. des hôp.*, 1^{er} sept. 1892.

qu'ensuite on augmente lentement la pression jusqu'à la rendre très considérable, on constate qu'à mesure qu'elle est plus forte, elle est mieux supportée. La douleur est si intense, au dire de la malade, qu'elle est incapable de se servir de son membre et le moindre effleurement peut parfois déterminer de véritables crises de nerfs. Les surfaces articulaires peuvent être pressées, refoulées l'une contre l'autre sans provoquer une plainte de la malade, pourvu qu'on ne touche pas à son articulation et surtout si elle est persuadée qu'on pratique l'examen d'une autre partie du membre. On retrouve la même exagération et la même bizarrerie dans les contractures et dans les attitudes vicieuses. Ainsi, pendant que l'attention de la malade est fixée sur son articulation, si, prenant la cuisse ou le genou, on veut essayer d'imprimer un mouvement au fémur, on ne le peut ordinairement pas, empêché que l'on est par la contracture des muscles, même ceux de la fesse, que l'on sent durs et saillants. Quelquefois cependant, les mouvements sont indolores et de temps en temps libres dans une certaine mesure et n'oublions pas qu'ils produisent alors souvent, comme on le voit aussi dans la coxalgie de croissance, un craquement léger, délicat, plus fort parfois dans les cas anciens. Il faut noter de l'œil la première attitude observée, allongement, raccourcissement, flexion, etc., il n'est pas rare de la voir changer au cours de l'examen. Si l'on parvient à captiver l'attention de la malade, on voit le membre inférieur ne pas se maintenir dans un angle constant avec le bassin; on peut, tout en causant, le placer, en le saisissant non plus par la cuisse ou le genou mais par le pied, dans différentes positions, sans qu'elle s'en aperçoive et sans que le bassin participe

au mouvement. Il suffit de le faire remarquer pour que la position primitive se rétablisse et que les mouvements ne soient plus possibles. De même, pendant la marche, l'attitude vicieuse est conservée et la malade avance en sautillant, en s'appuyant aux meubles, mais sans souffrir. Les phénomènes nerveux généraux concomitants, anesthésies, hyperesthésies plus ou moins étendues, zones hystérogènes, crises, constituent des signes très importants. Enfin, la coxalgie hystérique, après une durée variable, disparaît parfois brusquement sous l'influence d'une émotion morale vive.

Malgré cela, il est des cas très difficiles, ce sont ceux qui ont subi des examens répétés dont ils ont tiré profit, apprenant ainsi les symptômes qu'ils ne savaient que très mal simuler.

Contracture essentielle de Philippeaux¹. — Rigidité des adducteurs de la cuisse de Verneuil². — Philippeaux décrit chez des personnes nerveuses, hystériques, anémiques, principalement chez des jeunes filles, à l'époque de la puberté, des contractures musculaires essentielles survenant brusquement dans un des membres inférieurs et s'accompagnant de douleurs qui s'étendent de la hanche dans toute la cuisse, le long des muscles contracturés. Il n'y a ni rougeur, ni empatement et l'anesthésie fait tout disparaître. Marjolin nie ces contractures, sans lésion de coxalgie au début.

¹ Philippeaux, *Gaz. heb.*, 1867.

² Verneuil, *Gaz. heb.* 1877. — *Bulletins et mémoires de la Soc. de chir.* Séance du 25 juillet 1877.

Verneuil a observé une maladie caractérisée par des troubles de la marche, gaucherie, claudication, une attitude vicieuse des membres inférieurs avec limitation de certains mouvements. Elle simule la coxalgie avec laquelle, dit-il, elle a été confondue jusqu'ici. Cette affection peut être bilatérale et c'est là un de ses meilleurs signes. Elle est généralement indolente et n'empêche pas le membre de fonctionner. Cependant, après la marche ou l'examen un peu prolongés, certains enfants se plaignent de lassitude et de malaise dans les membres inférieurs, le tout cédant à un simple repos, le plus souvent. L'attitude vicieuse, adduction forcée avec flexion des cuisses, puis ensellure lombaire est infiniment plus marquée dans la station et dans la marche que dans le repos et le décubitus ; lorsqu'elle ne siège que d'un côté, elle n'existe pas dans le décubitus dorsal. Mais dans un cas comme dans l'autre, les mouvements d'extension, d'abduction surtout et de rotation sont limités et douloureux. La fréquence des chutes est notée. C'est là ce que Verneuil appelle « rigidité des adducteurs de la cuisse ». Cette contracture musculaire, qui peut du reste siéger sur d'autres groupes n'est pas permanente, ni absolue. En certains moments et dans certaines positions les muscles sont tout à fait relâchés et ne présentent rien d'anormal. Mais, en revanche, on les voit entrer en contracture subite et violente, d'une façon qui paraît inopportune et sans utilité apparente. « Pourquoi cette vigilance, cette appréhension, ce spasme ? J'avoue l'ignorer. Il semble qu'il s'agisse d'un acte musculaire protecteur et instinctif. » Tous les sujets étaient âgés de trois à quatorze ans, sauf une dame d'une trentaine d'années mais névropathe au plus haut degré ; aucun

ne présentait de traces de scrofule. Le pronostic paraît être bénin.

Ces deux affections assez mal définies ont été très discutées ; beaucoup de chirurgiens ne les admettent pas, aussi nous ne pouvons en faire le diagnostic avec celle que nous étudions. Mais si nous les avons reproduites tout au long, c'est à dessein, car, en face de cette description qui semble tirée de celle que nous avons donnée au chapitre de la symptomatologie, nous nous demandons s'il ne s'agissait pas, dans nombre de ces cas, de pseudo-coxalgies de croissance.

Passons maintenant aux pseudo-coxalgies dans lesquelles la contracture musculaire est consécutive à un réflexe partant d'une lésion d'un point voisin de l'articulation, celle-ci restant toujours indemne.

En présence d'un syndrome coxalgique, il faut rechercher s'il n'existe pas un point d'ostéite sur l'os coxal, l'ischion ou le pubis ; une douleur localisée à la pression l'indiquera et là on trouvera parfois de la tuméfaction, de la fluctuation.

La **sacro-coxalgie** peut induire en erreur. Mais là, une pression d'avant en arrière sur l'abdomen réveille quelquefois la douleur. La succussion, la percussion de la face postérieure du sacrum sont fréquemment douloureuses. Par le toucher rectal, on détermine une douleur considérable, à moins que l'affection ne soit située sur un point trop élevé. On peut se rendre compte que l'articulation coxo-fémorale est intacte. Si l'on engage le malade à se dresser sur les orteils puis à se laisser retomber brusquement sur les talons, il éprouve une douleur considérable. Enfin, signe très important, si par un mouvement

Brusque, on tente de rapprocher ou d'écarter l'un de l'autre les deux os iliaques, on obtient presque toujours une douleur dans l'articulation malade.

On ne laissera pas passer inaperçu un néoplasme, un kyste hydatique du bassin ou de l'extrémité supérieure du fémur.

Des **adénites inguinales** ont prêté quelquefois à confusion en comprimant des filets nerveux ou en leur propageant l'inflammation. La névrite ou la péri-névrite du nerf obturateur produit, en effet, la contracture des adducteurs et s'accompagne de douleurs que l'on retrouve à la partie interne du genou, phénomène qui s'explique par l'anastomose, à ce niveau, entre le nerf obturateur et le saphène interne. Le siège précis de la douleur lèvera les doutes.

L'**inflammation des bourses séreuses périarticulaires** se manifeste par une tuméfaction fluctuante ou empâtée, ellipsoïde, allongée suivant l'axe du membre. Quand il s'agit de la bourse séreuse trochantérienne sous-cutanée, le gonflement est moins étendu et plus aplati que dans le cas suivant et n'est pas modifié par les contractions du grand fessier. Lorsque la collection est sous-aponévrotique, c'est-à-dire siège dans la bourse séreuse rétro-trochantérienne, il y a au côté externe et supérieur de la cuisse une dépression abrupte obliquement dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, que Chassaignac compare à un coup de hache et qui marque nettement la limite de la bourse distendue. Cette tuméfaction est diminuée par l'extension de la cuisse tandis que sa flexion l'exagère en la rejetant en arrière. Enfin la douleur ne siège qu'en arrière du grand trochanter et se fait parfois sentir suivant le trajet du sciatique.

La **trochantérite** se caractérise par une douleur localisée au grand trochanter et dite pour cela en touche de piano. La percussion ne la propage pas du côté de la cavité cotyloïde. Le grand trochanter est épaissi, élargi et la région est gonflée, œdémateuse, enflammée.

Nous signalerons encore une pseudo coxalgie dépendant d'une **différence de longueur des membres inférieurs** et étudiée par Mesnard¹. On la reconnaîtra à une claudication qui est plus exactement un balancement, un dandinement, car l'articulation est libre et les muscles ne manquent pas de force; au raccourcissement réel qui entraîne une attitude vicieuse : abaissement de l'épine iliaque du côté le plus court, scoliose de compensation généralement dorso-lombaire. La douleur n'est pas localisée; l'enfant se plaint d'être vite fatigué; il ne sait ordinairement pas dire où il souffre, toute la jambe lui fait mal. Dès qu'on rend aux deux membres leur égalité par une chaussure dans laquelle la correction est répartie entre un talon interne et un talon externe pour la commodité de la marche (Terrillon), la douleur disparaît. D'ailleurs elle n'existe pas à la pression.

Cette différence de longueur, qui doit atteindre 1 pouce et demi (40 mm.) pour que le sujet boite, peut résulter, suivant Brodie, d'un vice congénital, mais il ne faut pas oublier qu'elle est due souvent, d'après Ollier, aux phénomènes hyperémiques qui se passent dans les cartilages juxta-épiphysaires pendant la croissance, et nous pensons qu'il peut s'agir quelquefois, dans ces cas, d'une modalité de la

¹ *Etude sur les pseudo-coxalgies dépendant d'une différence de longueur des deux membres inf.* (th. Paris, 1891).

pseudo-coxalgie que nous avons étudiée (voir obs. XVII).

Berger¹ cite dans sa thèse cinq observations de pseudo-coxalgies dues à la présence d'un phimosis et guérissant avec l'opération de ce dernier; toutes ne sont pas à l'abri de la critique, mais nous devons néanmoins examiner le prépuce d'un jeune garçon avant de porter notre diagnostic.

Il y a encore d'autres affections à éliminer.

Le **rhumatisme articulaire aigu** avec son début plus ou moins brusque, ses douleurs polyarticulaires et sa guérison en quelques semaines ressemble assez aux douleurs de croissances et quelques auteurs pensent que la pseudo-coxalgie de croissance s'accompagnant de douleurs juxtra-épiphysaires multiples, n'est qu'une manifestation rhumatismale. Nous croyons néanmoins pouvoir différencier ces deux affections. Le rhumatisme survient en général à un âge plus avancé. S'il frappe le plus souvent plusieurs articulations, il les touche successivement abandonnant tout à coup l'une pour passer à l'autre et cette mobilité qui le caractérise ne se retrouve pas dans les douleurs de croissance. Au membre inférieur, il s'attaque de préférence au cou-de-pied, au genou. La douleur rhumatismale rarement modérée est presque toujours très vive, atroce; elle s'accompagne de tuméfaction diffuse avec téguments tendus et luisants très fréquemment rosés. L'hydarthrose est la règle et l'on peut voir et sentir à la palpation la synoviale articulaire et les gaines tendineuses distendues par un épanchement liquide. Il y a des sueurs abondantes, le plus souvent précoces et d'une odeur spéciale forte et aigrelette, dite odeur de rat, de

¹ *Quelques complications rares du phimosis* (th., Paris 1890).

souris. Le rhumatisme est une maladie à retours et qui-conque a souffert d'une première attaque, est sous l'influence d'accès ultérieurs ; c'est une maladie anémiantes par excellence, qui touche souvent le cœur et le péricarde. Dans le rhumatisme enfin, la douleur siège surtout au niveau des insertions fibreuses et ligamenteuses périarticulaires, points riches en filets nerveux, et l'on pourrait nous dire que c'est là ce que nous appelons douleurs juxta-épiphysaires. Il y a une différence. L'immobilité absolue peut faire disparaître la douleur rhumatismale et, si le sujet relâche ses muscles, on peut, avec des précautions, imprimer quelques mouvements à l'articulation sans qu'il en souffre ; tandis que la moindre tentative de mouvement spontané, c'est-à-dire de contraction musculaire, est très douloureuse. Dans les douleurs de croissance, c'est l'immobilisation qui produit un grand soulagement plutôt que l'absence de contraction musculaire, puisque cette dernière peut exister à l'état permanent, et souvent, le malade ne se plaint pas, même en exécutant des mouvements articulaires spontanés, il faut réveiller la douleur par une pression en un point beaucoup plus précis, beaucoup plus limitée et plus net que pour le rhumatisme, dans la zone juxta-épiphysaire. En outre, l'antipyrine et le salicylate de soude peuvent servir de pierre de touche sachant qu'à dose suffisante, l'un ou l'autre de ces médicaments atténue d'une façon considérable la douleur du rhumatisme articulaire aigu, en vingt-quatre ou quarante-huit heures au plus.

L'**arthralgie syphilitique** qui se montre d'habitude dans les premiers mois de l'infection et peut être due à une hérédité spécifique, se traduit par une sensibilité plus

ou moins grande de l'articulation, sans gonflement ni rougeur, ni hydarthrose. Mais la douleur est plus vive la nuit et Fournier a remarqué qu'elle s'accroît par le repos et se dissipe par l'exercice, ce qui est le contraire de la douleur de croissance. C'est le matin, au réveil, que la hanche est le plus malade. Une fatigue exagérée peut cependant l'aggraver. Les antécédents et les signes divers de syphilis aideront au diagnostic.

L'**arthralgie blennoragique** se localise aussi quelquefois sur la hanche mais l'examen le plus minutieux ne révèle rien d'anormal dans la jointure qui garde la plénitude de ses mouvements et la douleur, plus vive le matin, peut diminuer ou disparaître pendant toute la journée sous l'influence de la marche; elle est surtout très rebelle. L'examen des organes génitaux montrant la présence d'une gonorrhée le plus souvent encore à une période aiguë facilitera le diagnostic de cette affection dans laquelle le traumatisme et le froid sont au nombre des causes occasionnelles.

La **paralysie infantile**, qui ne s'accompagne pas de douleur, s'étend à tout le membre inférieur en se localisant sur certains groupes musculaires et dans laquelle l'articulation de la hanche est libre, ne peut induire en erreur, pas plus que la **psoïtis** avec son attitude spéciale, flexion et abduction de la cuisse, et sa douleur sur le trajet du psoas, dans le bassin et sur la cuisse au niveau du petit trochanter.

De même la **paralysie douloureuse des jeunes enfants**¹ ne peut pas prêter à confusion. On ne l'observe

¹ Chassaignac, *Arch. gén. de méd.*, 1856.

Ollier, *Revue de chir.*, 1880.

Poncet, séance du 8 mars 1880 de la Soc. de méd. de Lyon.

Brunon, *Presse méd.*, 1895.

Bertrand, th. de Paris, 1898.

guère qu'au membre supérieur. Consécutive à une violence extérieure produisant une fracture, une luxation incomplète, une entorse, une entorse juxta-épiphysaire, une torpeur douloureuse, une lésion du plexus brachial, une paralysie par inhibition, etc., etc., elle se caractérise : par l'instantanéité d'une douleur intense dès que la cause à agi, douleur disparaissant rapidement, le lendemain ou le surlendemain, en tant que douleur spontanée ; par le relâchement complet des muscles qui semblent paralysés — le membre est pendant, inerte ; et par une guérison très prompte, même sans traitement.

Enfin, nous ferons le diagnostic avec la **coxalgie ostéomyélitique aiguë** et surtout avec la **coxalgie tuberculeuse**.

La première s'accompagne d'un état général devenu brusquement mauvais. Le malade a des frissons, il est en proie à une fièvre à grandes oscillations atteignant 40, 41 degrés ; son pouls est petit, filiforme ou dicrote, donne 110, 130 pulsations à la minute. C'est un état typhique avec délire, adynamie. La douleur de la hanche est très aiguë et la cuisse notablement augmentée de volume dans ses deux tiers supérieurs est « arrondie comme elle le serait chez une jeune fille » (Le Fort¹), ou bien la tuméfaction est limitée en bas par un relief assez dur, profondément situé autour du fémur. La peau est parcourue par un réseau à larges mailles de veines bleuâtres, qui se continue souvent jusque sur l'abdomen : Et bientôt la suppuration s'établit.

La seconde mérite d'être étudiée de très près. Lorsque

¹ Le Fort, *Bull. Soc. de chir.*, p. 11, 1880.

la coxalgie tuberculeuse suit sa marche habituelle, elle ne ressemble pas à la pseudo-coxalgie de croissance. En effet, son début est lent, insidieux, entrecoupé parfois de guérisons apparentes mais elle n'en continue pas moins son évolution. Les ganglions inguinaux et iliaques sont presque toujours engorgés ; l'atrophie musculaire est précoce. S. Alexandroff prétend que dès le début on peut observer de l'atrophie musculaire et osseuse avec dégénérescence graisseuse et hypertrophie de la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée ; aussi, pour lui, une atrophie du membre accompagnée d'hypertrophie du pli cutané serait un signe presque pathognomonique, alors même que tous les autres signes feraient défaut. La claudication, d'abord intermittente, devient constante en même temps que l'enfant commence à paraître malade, fatigué, pâle, avec les yeux cernés de noir. La douleur n'offre pas de caractères distinctifs ; à peu près nulle au début, chez les uns, elle est très vive chez les autres dès qu'on remue le membre ou qu'on veut faire marcher le malade ; son intensité n'est pas du tout en rapport avec l'état anatomo-pathologique de la hanche.

L'attitude vicieuse, plus complète que dans la pseudo-coxalgie de croissance passe ordinairement, à la longue, de l'allongement apparent avec abduction à l'adduction avec raccourcissement apparent. Bien avant cela, survient du gonflement, de l'empâtement qui repousse souvent les ganglions inguinaux en avant, si bien qu'on peut les sentir immédiatement au-dessous de la peau. L'artère fémorale est aussi refoulée vers la surface, de sorte qu'on peut sentir ses battements avec une facilité inaccoutumée et très superficiellement, au-dessous du corps du pubis, par suite en un point où à l'état normal ses battements ne se distin-

guent pas très aisément. Plus tard apparaissent les abcès, les fistules. On ne trouve pas de douleurs juxta-épiphysaires en différents points du squelette ; seule la gonalgie pourrait en imposer. On la distinguera par une pression exercée non pas avec le bout des doigts, mais avec toute la paume de la main, sur la région douloureuse. Cette pression augmente la douleur si elle est d'origine osseuse, tandis qu'elle ne l'augmente pas et peut même la soulager si elle est transmise. On n'observe pas non plus cet accroissement rapide de la taille dont nous avons parlé mais, dit Springer, « la croissance a une telle action sur la tuberculose qu'il n'est pas rare que sa marche soit subordonnée à l'évolution de la croissance. Lorsque la croissance est modérée ou lorsqu'elle s'arrête, le malade peut revenir à la santé ; mais lorsque, au contraire, elle est exagérée, elle accapare tous les matériaux de la nutrition et le malade ne trouve pas en lui de quoi subvenir aux frais de sa réparation ». En outre, il n'est pas ordinaire de voir guérir une coxo-tuberculose en quinze jours, en quelques semaines, surtout sans ankylose et la bacillose se relève très souvent dans les antécédents héréditaires du malade.

Il existe aussi des coxalgies tuberculeuses très lentes, sournoises, attestant leur présence par quelques poussées à peine douloureuses, un gonflement qui gêne plus qu'il ne fait souffrir, ennuie plus qu'il n'effraie, tout cela sans abcès ni fistule suppurante. Elles peuvent sommeiller longtemps, six mois, un an, trois ans, six ans, plus peut-être, jusqu'au jour où, se réveillant, elles occasionnent des désordres qui se feront jour au dehors. La douleur n'est pas, à proprement parler, spontanée puisqu'il faut l'influence de la marche, d'une fatigue, de la pression pour

la faire apparaître et qu'elle disparaît lorsque la cause provocante a cessé d'agir, mais elle occupe un point fixe. Le gonflement est lent et difficile à apprécier, il est d'une dureté osseuse. Le membre atteint est atrophié. Le diagnostic devient déjà bien difficile; dans d'autres cas, dans les formes frustes de coxo-tuberculose et de coxalgie de croissance, il est impossible. En effet, lorsqu'un jeune sujet souffrant un peu dans la hanche et boitant légèrement, sans autre symptôme, guérit complètement en quelques semaines, comment affirmer la nature de sa lésion? S'il est définitivement guéri, on pourra dire plus tard qu'il a résisté à l'envahissement bacillaire, d'autant plus que Francon a trouvé les masses zoogléiques de Malassez dans ce qu'il appelle le premier stade de l'ostéomyélite tuberculeuse et qu'il a engendré la tuberculose en inoculant des produits de cette affection lorsqu'il n'y retrouvait pas le bacille de Koch. S'il fait dans la suite une coxalgie tuberculeuse, on n'osera plus soutenir qu'ils'agissait d'une pseudo-coxalgie de croissance, bien qu'on puisse dire que cette dernière, comme l'ostéomyélite aiguë, favorise l'infection tuberculeuse. La radioscopie et la radiographie pourraient peut-être rendre service dans ces cas en décelant un foyer tuberculeux.

Ensomme, donc, le diagnostic possible quand on observe un début brusque avec douleurs juxta épiphysaires multiples et accroissement rapide de la taille est souvent très délicat avec la tuberculose. Alors, il ne faut pas hésiter, il vaut mieux savoir faire une erreur de diagnostic, dit M. le professeur Poncet, et instituer le traitement de la coxalgie tuberculeuse. Le malade et le chirurgien n'auront qu'à se louer de cette conduite.

TRAITEMENT

La base du traitement consiste en un repos absolu dans le décubitus horizontal qui, très souvent, suffira à lui seul pour faire disparaître les phénomènes douloureux (obs. I, II, III, IV, XIII, XIV). Il s'agit, en effet, d'ordinaire, de lésions anatomiques très peu profondes qui rétrocedent d'elles-mêmes sans aboutir à des positions vicieuses, pourvu que l'articulation ne continue pas à être soumise aux fatigues et aux légers traumatismes de la marche.

Ce repos exige donc le séjour au lit ou mieux, s'il est possible, sur une chaise longue roulante, convenablement disposée, qui permettra de transporter le malade au grand air et au soleil. Il est inutile, en effet, de le confiner à la chambre et, à plus forte raison, de lui imposer le séjour dans un lit-gouttière ou dans un appareil orthopédique quelconque. Pourtant, dans quelques cas qui évoluent au début avec des phénomènes assez aigus, il y aura intérêt à utiliser les antiphlogistiques locaux et généraux, par exemple application de quelques sangsues ou plutôt révulsion par des pointes de feu superficielles au voisinage de l'articulation. On a utilisé aussi avec avantage des frictions mercurielles belladonnées, toujours au début. Il sera bon

alors de purger l'enfant, de préférence avec le calomel. Si la fièvre est élevée, on la combattra par des doses fractionnées d'antipyrine et de quinine, ce dernier médicament administré aussi comme tonique. Parmi les médicaments reconstituants à utiliser se trouvent, naturellement, en première ligne, l'huile de foie de morue, le biphosphate de chaux, la liqueur de Fowler.

Toujours, dans ces formes qui menacent d'être longues et dont la distinction d'avec la coxo-tuberculose est parfois impossible, s'il y a des contractures accentuées, on les combattra par des tractions élastiques ou même par un appareil silicaté lorsqu'on constate une tendance à l'enkylose en mauvaise position. Dans ce cas, le silicate doit être laissé en place environ d'un mois et demi à deux mois, et, au bout de ce temps, l'examen direct de l'articulation malade permettra de juger pour chaque cas si l'on peut la libérer ou si l'on doit, au contraire, continuer l'immobilisation.

Quelle que soit la forme envisagée, la marche ne devra être reprise qu'avec beaucoup de ménagements et en recommandant à l'entourage du petit malade de le surveiller de près pour le mettre à nouveau au repos au moindre retour des douleurs.

OBSERVATION I (inédite).

(Due à l'obligeance de M. Villard, chirurgien des hôpitaux).

Nous sommes appelé, le 11 mars 1897, à examiner un jeune homme atteint d'une affection de la hanche droite remontant à

trois semaines. Il s'agit du nommé L..., âgé de douze ans, élève dans un pensionnat des environs de Lyon.

Il ne présente, au point de vue de ses antécédents héréditaires, rien à signaler. Son père et sa mère sont vigoureux et en parfaite santé. Pas d'antécédents non plus chez les collatéraux. Ses antécédents personnels ne montrent qu'une fièvre éruptive dans l'enfance, mais rien pouvant rappeler la tuberculose dans une quelconque de ses manifestations. Pas d'adénite cervicale, pas de lésion strumeuse à signaler. Rien non plus à signaler du côté du rhumatisme, ni héréditaire, ni acquis. Le jeune malade, jusqu'à l'époque actuelle, n'a pas eu de douleurs articulaires.

L'affection pour laquelle nous sommes appelé à l'examiner, remonte à trois semaines. A cette époque, sans phénomènes prodromiques, alors qu'il était dans le cours d'une très bonne santé, il fut pris, un soir, de douleurs vagues dans la hanche droite, et cela probablement, autant que nous avons pu le reconstituer, à la suite d'exercices un peu violents qui avaient eu lieu dans la journée. Les phénomènes douloureux n'étaient pas très marqués ; l'enfant continua ses occupations journalières, le lendemain et les jours qui suivirent. Pourtant, il boitait, souffrait dans les mouvements forcés, et, au bout de quelques jours, il fut obligé de rester à l'infirmerie. Un médecin appelé conseilla seulement le repos. En même temps que ces phénomènes se passaient du côté de la hanche, c'est là un fait que nous avons reconstitué par l'interrogatoire serré du malade, quelques douleurs vagues faisaient leur apparition dans les régions para-articulaires du genou et de l'épaule du côté opposé. Devant la persistance des accidents, la constitution d'attitude vicieuse du membre inférieur droit, le malade nous est adressé et nous le trouvons, le 11 mars, dans l'état suivant :

Enfant d'aspect vigoureux, d'embonpoint normal, de taille moyenne pour son âge. Pas d'amaigrissement, aucun engorgement ganglionnaire du côté du cou, pas de manifestation tuberculeuse. En le découvrant, on est de suite frappé par l'attitude du membre inférieur droit. Celui-ci présente un allongement apparent de 3 centimètres, mesuré à la malléole. Par rapport au bassin, la

cuisse est en abduction; l'épine iliaque droite est abaissée par rapport à la gauche; une ensellure lombaire qui permet de passer la main entre la colonne et le plan du lit, dénote la compensation de la flexion de la cuisse sur le bassin, par le jeu des articulations lombaires. La mensuration montre qu'il n'existe pas d'allongement réel, que celui-ci est purement apparent et que, d'autre part, le trochanter n'est pas remonté au-dessus de la ligne de Röser-Nélaton. L'examen des mouvements provoqués montre que la cuisse est à peu près complètement immobilisée dans cette attitude vicieuse. Lorsqu'on essaye de la fléchir sur le bassin, celui-ci bascule en arrière et l'ensellure lombaire disparaît. Les mouvements d'adduction et d'abduction surtout sont très limités et réveillent immédiatement de la douleur. La marche est possible, mais elle confirme, par la manière dont elle a lieu, les particularités que nous venons de signaler. Il existe une claudication très nette, l'augmentation de la courbure lombaire est des plus manifestes, et c'est par un mouvement d'entraînement total du bassin et de la cuisse, que la progression a lieu. La recherche de la douleur provoquée montre que la percussion sur le talon et sur le trochanter réveille celle-ci dans la hanche. La palpation profonde du triangle de Scarpa réveille aussi une douleur particulièrement vive et très élective, et l'on sent comme un état de contracture défensive des adducteurs. Aucun signe de lésion inflammatoire du trochanter, du pubis ou de la branche ischio-pubienne. Le toucher rectal démontre également l'intégrité du petit bassin. Il ne s'agit pas là d'une lésion de voisinage simulant une coxalgie. Pas d'amaigrissement notable de la cuisse et pas d'adénopathie du triangle de Scarpa.

L'examen complet du malade nous permet de retrouver alors, au niveau de l'épiphyse supérieure de l'humérus gauche et de l'épiphyse inférieure du fémur gauche, des points douloureux. Il ne s'agit pas là de manifestations rhumatismales, car les culs-de-sac synoviaux sont libres; il n'y a pas d'hydarthrose; la douleur est péri-articulaire et non articulaire.

Les autres organes sont intacts. Rien du côté des poumons, de la cavité abdominale ou du système lymphatique.

Le début brusque de l'affection, l'âge du malade, la coexistence de poussées fluxionnaires du côté des cartilages de conjugaison font naître dans notre esprit quelques doutes sur la réalité d'une coxalgie tuberculeuse dont le diagnostic paraît pourtant s'imposer d'après l'examen du malade. Aussi, réservant le diagnostic et le pronostic, désireux de voir évoluer la lésion d'elle-même, conseillons-nous l'immobilisation pure et simple au lit pendant trois semaines et l'administration à l'intérieur de quelques grammes d'antipyrine.

4 avril. — Nous revoyons l'enfant à cette époque. On peut le considérer comme absolument guéri. Plus d'attitude vicieuse; disparition complète de l'ensellure, de l'allongement et de l'abduction. Aucun phénomène douloureux dans la hanche, malgré l'étendue des mouvements provoqués. La claudication a complètement disparu et même, le malade devant no re permission, depuis quatre ou cinq jours avait quitté le lit et marchait sans aucune gêne. Nous conseillons pourtant encore le repos et prescrivons un traitement général reconstituant (iodure, liqueur de Fowler).

Juin. — Nous venons d'avoir des nouvelles de ce malade. Sa guérison s'est absolument maintenue. Il a repris ses études et ses jeux comme par le passé, mais il a subi un accroissement de taille très marqué, 5 centimètres environ, au dire des parents. Nous n'avons pu mesurer cet accroissement d'une façon précise, n'ayant pas mesuré la taille de l'enfant au début de la maladie. Mais les remarques des parents semblent très exactes, étant donné les comparaisons qu'ils font avec les vêtements que portait le jeune malade avant le début de sa maladie.

8 novembre. — Nous venons d'avoir encore des nouvelles du malade qui est en parfaite santé, sans aucune récidive ou réapparition des douleurs du côté de la hanche.

Actuellement (avril 1899), la persistance de la guérison montre bien qu'il ne s'agissait pas là d'une lésion tuberculeuse avec rémission temporaire.

OBSERVATION II

(P. Reclus, Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, 1888.)

Je viens d'observer une jeune fille de dix-neuf ans, forte, bonne santé habituelle, sans antécédents morbides personnels ou héréditaires, qui, au milieu d'accidents fébriles répétés, a été prise tout à coup d'une douleur vive dans divers points du squelette; la marche en est devenue difficile; il y avait de la claudication, et le médecin a cru à une coxalgie commençante; il s'agissait simplement d'une poussée au niveau du cartilage conjugal supérieur du fémur, affection peu connue encore, mal décrite : la fièvre de croissance.

Après une course dans la montagne, elle est prise de malaise et de fièvre persistante pendant plusieurs jours. Il existe une douleur très vive au-dessous de la hanche et la marche est difficile ou même impossible. Un médecin de la région croit à une coxalgie commençante, bien qu'il n'y ait, chez la malade, aucun signe diathésique, aucun antécédent héréditaire. On la condamne à l'immobilité absolue. Lorsque nous sommes appelé, nous constatons des points douloureux au niveau des épiphyses tibiales et humérales et l'on nous parle d'un accroissement notable et presque subit de la taille. Nous supprimons gouttières et appareils, et notre jeune fille a vu disparaître les accidents.

OBSERVATION III

(P. Reclus, Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, 1888.)

Nous avons vu un garçon d'une dizaine d'années, qu'un de nos distingués collègues, professeur d'une Faculté de province, disait atteint d'une coxalgie commençante. Il y avait, en effet, une douleur très vive au niveau de la hanche gauche dont les mouvements

étaient limités, et une claudication intermittente. Mais il existait en même temps un point douloureux au-dessus du genou, un autre sur l'épiphyse du tibia; de plus, le père de l'enfant, confrère fort attentif et fort instruit, nous parlait d'une fièvre très vive et de courte durée, survenue un mois auparavant, d'un saignement de nez abondant et d'un allongement considérable de la taille. Lors de notre examen, l'articulation coxo-fémorale était intacte et l'on imprimait au membre les mouvements les plus étendus.

OBSERVATION IV (inédite).

(Communiquée par M. le professeur Poncet et par M. le Dr Mielly).

Pseudo-coxalgie. — Coxalgie de croissance.

Le jeune V..., âgé de huit ans, a eu la coqueluche à quatre ou cinq ans, mais il ne présente aucune tare personnelle ou héréditaire. On ne relève pas trace de tuberculose, ni chez lui, ni chez ses parents ou grands parents.

En mai 1888, s'amusant sur un quai, il fit une chute mais n'en continua pas moins ses jeux immédiatement et les jours suivants. Cependant trois ou quatre jours après, les voisins s'aperçurent qu'il tirait la jambe en marchant, et, quand ils prévinrent les parents, l'enfant était obligé de s'aliter. En effet, ce jeune garçon craignant qu'on ne l'empêchât d'aller s'amuser dehors, avait fait tous ses efforts pour cacher sa boiterie à sa famille, mais au bout de trois jours, il ne pouvait faire un pas. Un premier rebouteur, mandé par les parents, soupçonnant une coxalgie, avoua son incompetence, et M. le Dr Mielly fut appelé. Devant un début aussi brusque avec une si rapide constitution d'attitude vicieuse, ce dernier demanda M. Poncet en consultation. Lorsque M. Poncet examina ce petit malade, il constata tous les signes apparents d'une coxalgie aiguë. L'enfant ne pouvait supporter aucun examen. Il existait une déformation considérable du membre inférieur gauche. La cuisse était fortement fléchie sur le bassin et le membre dans l'abduction et la rotation en dehors.

Il fut décidé que l'enfant serait endormi le lendemain pour être redressé et immobilisé. Le lendemain, M. le professeur Poncet se disposait à pratiquer cette opération, lorsqu'on lui apprit que, dans la nuit précédente, le petit malade s'était trouvé guéri. La douleur et la déformation avaient, en effet, spontanément disparu, et, à partir de ce moment, la hanche gauche redevint ce qu'elle était par le passé, l'enfant put marcher, courir sans claudication. Depuis lors, il n'a plus ressenti aucun malaise dans l'articulation coxo-fémorale gauche, et la guérison s'est si bien maintenue, qu'actuellement il fait son service militaire, beau soldat d'une taille de 1 m. 75.

OBSERVATION V

(Observation inédite de M. le professeur Poncet.)

Pseudo-coxalgie (coxalgie de croissance). Guérison rapide.

Edouard V..., de Saint-Claude, âgé de cinq ans, est présenté le 25 septembre 1890 à M. le professeur Poncet qui constate chez lui tous les signes d'une coxalgie. Voici, du reste, son histoire. Il s'agit d'un enfant très développé sans tare antérieure d'aucun genre et chez lequel l'hérédité paraît nulle.

Au mois de décembre 1889, il fut atteint d'une scarlatine d'une forme très bénigne. Dans le courant de janvier 1890, l'enfant se plaignit de douleurs dans le creux poplité gauche en même temps que d'une faiblesse du membre inférieur correspondant. Cette douleur, considérée par l'entourage comme une douleur de croissance, aurait avec l'impotence fonctionnelle duré de six à sept semaines. Depuis lors, aucune douleur, aucune gêne, l'enfant courait, marchait comme par le passé. Il a fait au mois d'août de la même année, un séjour à Salins (Jura).

Le 14 septembre dernier, il se plaignit tout à coup du genou et de gêne dans la marche. Le 18 septembre, il aurait fait une chute de sa hauteur en voulant sauter un petit fossé. A partir de ce moment il ne put plus marcher, l'impotence fonctionnelle était

complète ; un enfant de son âge dut le ramener à la maison dans une petite voiture. L'impotence du membre est restée complète et les douleurs très vives au moindre mouvement. Aussi, le 25 septembre, les parents amenaient-ils l'enfant à M. le professeur Poncet qui constatait tous les signes d'une coxalgie. La cuisse était fléchie fortement sur le bassin, à angle aigu et dans l'adduction forcée. Les douleurs vives provoquées par le moindre mouvement empêchaient un examen plus complet.

26 septembre. — Éthérisation. Le membre, pendant l'anesthésie se redresse tout seul. Vingt pointes de feu sur l'articulation de la hanche et bandage silicaté.

Quelques jours après, l'enfant est ramené à Saint-Claude où il doit garder l'immobilité et suivre un traitement général.

Il est ramené à Lyon le 15 décembre de la même année. Le bandage est enlevé. On ne constate aucune déformation de la hanche ; il n'y a plus de douleur ; la liberté des mouvements est complète. A partir de ce moment, l'enfant a pu marcher et se servir du membre inférieur gauche comme par le passé ; la guérison était complète. Neuf ans se sont écoulés depuis cette époque, la guérison s'est maintenue, le petit malade n'a plus présenté aucun signe de coxalgie.

OBSERVATION VI (inédite).

(Communiquée par M. le professeur Poncet
et par M. le professeur agrégé Bérard.)

Pseudo-coxalgie. Coxalgie de croissance.

E. G..., quatorze ans, de Morez (Jura), souffre depuis un mois d'assez vives douleurs dans la hanche gauche, douleurs ayant apparu depuis que l'enfant suit des cours dans une école professionnelle d'industrie où il est obligé de rester debout une bonne partie de la journée et de se livrer à des exercices physiques assez pénibles. Depuis six mois aussi, cet enfant fait un usage immodéré

de la bicyclette. Un médecin qui l'a vu, huit jours avant son arrivée à Lyon, a fait le diagnostic de coxalgie.

Mai 1897. — M. le professeur Poncet constate qu'il s'agit d'un vigoureux garçon bien musclé, présentant peu ou point d'atrophie de la cuisse gauche, un très léger abaissement du pli fessier. Il n'y a pas de déformation apparente de la hanche gauche, mais les mouvements d'abduction sont nettement limités et douloureux, qu'on les provoque dans le décubitus, en fléchissant la cuisse sur le bassin ou que l'on fasse tenir l'enfant debout, les jambes écartées.

La pression sur le grand trochanter n'est douloureuse qu'à condition d'être fortement appuyée ; il en est de même du choc sur cette épiphyse.

La pression sur l'épine iliaque antéro-supérieure ne détermine aucune souffrance, pas plus que les tentatives d'écartement des deux épines iliaques.

Etat général excellent. Pas d'antécédents personnels à noter, mais une sœur morte de tuberculose.

L'enfant interrogé sur les caractères des douleurs spontanées, dit nettement qu'elles apparaissaient le soir après les fatigues de la journée. Pas de douleur nocturne très nette.

Quoiqu'il ait écarté, après cet examen, l'idée probable d'une coxalgie, M. le professeur Poncet fait immobiliser l'enfant dans un silicate, après une légère révulsion sur l'articulation de la hanche. Deux mois après, cet appareil est enlevé et, comme tous les symptômes morbides articulaires ont disparu, on tolère la marche, mais d'une façon modérée. Enfin, dans les six ou sept mois, cet enfant reprenait ses occupations ordinaires sans avoir jamais ressenti son ancienne douleur de la hanche.

1898. — M. Bérard revoit le malade et le trouve très bien portant. Il n'a toujours plus de sensation douloureuse dans la hanche, il n'a pas de trouble de statique du côté de son membre inférieur gauche, tous ses mouvements sont libres ; il est, en somme, parfaitement guéri.

OBSERVATION VII (inédite).

(Due à l'obligeance de M. Gangolphe, agrégé, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu).

Pseudo-coxalgie de croissance.

Fillette de quatorze à quinze ans, ne présentant rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

1891. — Nous sommes appelé à l'examiner pour une affection de la hanche droite datant de quelques jours et survenue spontanément. Nous la faisons marcher et nous constatons qu'elle boite d'une façon manifeste. Elle accuse, en outre, de la douleur dans l'articulation coxo-fémorale et au niveau du genou correspondant. Ces sensations douloureuses accentuées par la marche ne sont pas très vives et ne sont pas réveillées par la pression, le choc sur le grand trochanter, le genou ou le talon ; la palpation profonde du triangle de Scarpa ne révèle rien et reste insensible. Il n'y a pas de ganglions inguinaux. En somme, on ne trouve aucun point douloureux à la pression, sur le squelette du bassin ou de la cuisse, aucune lésion péri-articulaire pouvant produire par voie réflexe, de la claudication. Il n'existe pas d'attitude vicieuse appréciable, mais si l'on essaye de provoquer des mouvements dans l'articulation dont se plaint la jeune malade, on est vite limité par la douleur qu'ils produisent et l'on voit le bassin entraîné suivre le mouvement imprimé au membre inférieur, surtout dans la flexion et l'abduction.

La température est de 37°8, 38°2 centigrades.

Nous ordonnons le repos au lit avec traction et nous obtenons une guérison complète en trois semaines.

Deux ans plus tard, nous avons l'occasion de revoir cette jeune fille : elle a de la tendance à la scoliose et présente une exostose de croissance au niveau de l'angle supéro-interne de l'omoplate du côté gauche. Depuis sa guérison, elle n'a jamais rien ressenti dans la hanche anciennement malade.

Elle est aujourd'hui une jeune fille ou plutôt une jeune dame fort bien constituée et se porte très bien. A l'époque de notre premier examen, elle ne présentait pas une taille au-dessus de la moyenne pour son âge, et nous n'avons pas noté dans la suite un accroissement marqué et rapide de cette taille; mais depuis la dernière fois que nous l'avons vue, elle a beaucoup grandi, car elle atteint actuellement 1 m. 78 environ.

OBSERVATION VIII (inédite)

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay, agrégé,
chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu.)

Pseudo-coxalgie de croissance.

X..., âgée de huit ans, sans antécédents héréditaire, collatéraux ou personnels. Le père cependant vient de faire, tout dernièrement, une poussée de rhumatisme articulaire aigu.

En 1896, cette petite fille est prise, d'une façon très brusque et sans cause appréciable, de douleurs extrêmement violentes dans la hanche gauche, s'accompagnant de sensations douloureuses dans le genou correspondant. Son état simule une coxalgie aiguë ou une ostéomyélite aiguë.

La cuisse gauche est en flexion sur le bassin et les mouvements spontanés ou provoqués sont impossibles. L'articulation de la hanche est immobilisée par les contractions musculaires permanentes et toute tentative de mouvements d'extension, d'abduction, de flexion et d'adduction montre la solidarité du membre inférieur et du bassin. Ces mouvements ne peuvent être, du reste, qu'ébauchés, car ils provoquent des douleurs insupportables que réveille aussi la percussion légère sur le grand trochanter ou sur le talon.

La nuit, les douleurs deviennent suraiguës et la petite malade pousse des cris continuels.

La température atteint 38°5,39 degrés centigrades.

Absence de ganglions inguinaux,

L'articulation sacro-iliaque est indemne ; on ne trouve pas trace de lésion péri-articulaire et rien ne permet de songer à une manifestation hystérique ou rhumatismale.

Un essai de traction élastique avec contre-extension n'est pas supporté ; l'état local et l'état général ne changent pas. Alors, après huit jours de souffrances atroces, on se décide à faire sous anesthésie au chloroforme, le redressement du membre en extension et en abduction légère, puis on l'immobilise ainsi dans un silicate qui prend aussi le bassin. Le jour même, les douleurs cessent ; une seule fois, la petite fille se plaint d'une douleur passagère au genou. Elle a encore dans le silicate des contractions qui tendent à faire mettre le genou en flexion, mais en vain ; elles cessent le lendemain après une nuit excellente.

L'appareil est laissé un mois en place et la marche est permise quinze jours avant qu'on ne l'enlève. Après son ablation, les mouvements de la hanche sont normaux ; il n'y a pas de douleur, pas de ganglions inguinaux et la marche s'exécute sans boiterie. La peau présente seulement un développement pileux exagéré.

Cette guérison complète s'est maintenue depuis deux ans sans la moindre récurrence et l'on peut voir aujourd'hui cette enfant marcher et courir sans boiter, quoique son fémur gauche présente une longueur supérieure de 1 centimètre à celle du fémur droit.

OBSERVATION IX (inédite).

(Due à l'obligeance de M. Albertin, chirurgien des hôpitaux.)

Pseudo-cowalgie dite de croissance, à la fin d'une convalescence de dothiéntérie. Immobilisation pendant deux mois. Guérison maintenue depuis sept ans.

J'avais donné mes soins à une fillette de cinq ans, pendant une dothiéntérie assez grave, en octobre 1887. La petite malade, M. B..., prit un certain nombre de bains froids et guérit sans accident. A la fin de sa convalescence, vers fin novembre, les parents

s'aperçurent qu'elle trainait la jambe gauche et qu'une fois arrêtée, elle se hanchait sur le côté droit pour soustraire le membre inférieur gauche au poids du corps. Au bout de quelques jours, la claudication était manifeste, la malade portait le pied gauche en dehors et fléchissait légèrement le genou à chaque pas. Elle accusait quelques douleurs au niveau des extrémités supérieure et inférieure du fémur. Je l'examinai avec soin à ce moment et je constatai l'état suivant :

La malade était étendue, la cuisse se mettait légèrement en abduction et rotation en dehors, mais se ramenait facilement à la position normale. Il n'existait pas de contracture musculaire, les mouvements provoqués se faisaient avec leur amplitude normalesi c'en'est la flexion de la cuisse sur le bassin et son écartement forcé.

La mensuration du fémur ne révèle rien d'anormal.

Il existe de la douleur à la pression au niveau de la région juxta-épiphyssaire supérieure du fémur. La palpation des portions accessibles de la synoviale coxo-fémorale ne révèle pas de point douloureux. Il n'y a ni gonflement ni rougeur inflammatoire de la région. La malade est apyrétique, mais pendant la nuit, elle a un peu d'agitation et se plaint de quelques douleurs dans les jambes droite et gauche, principalement dans la hanche gauche.

Après cet examen, j'éliminai l'ostéomyélite qui déjà se fut manifestée plus ouvertement, l'affection durant depuis une huitaine de jours. On pouvait songer à une coxalgie bacillaire au début, mais l'apparition presque soudaine des douleurs, l'absence de localisations dans la région de la synoviale, l'absence de contractures, le fait de l'apparition de cette affection à la fin d'une convalescence de dothiéntérie me firent rejeter l'idée de tuberculose. Je fis le diagnostic de pseudo-coxalgie due à une irritation de la zone juxta-épiphyssaire supérieure du fémur, pseudo-coxalgie dite de croissance et rassurai la famille. Le Dr Rebatel, parent de la petite malade, se rangea à mon avis. Notons qu'en trois mois, l'enfant avait grandi de plusieurs centimètres.

Malgré la bénignité du pronostic, je crus devoir prescrire l'immobilisation du membre dans un appareil silicaté et le repos au lit ou sur la chaise longue. Ces prescriptions furent exécutées.

J'enlevai le bandage silicaté cinquante jours après et instituai le traitement par les bains, les frictions alcooliques et le massage. La douleur avait disparu. Je fis prendre quelques précautions avant de permettre à l'enfant de marcher. On ne lui permit que progressivement l'usage du membre malade. Un mois après, il n'y avait plus ni douleur, ni claudication, ni attitude vicieuse; la guérison était complète. Elle s'est maintenue depuis. Aujourd'hui, l'enfant est une grande fille de douze ans et n'a jamais présenté ni coxalgie, ni lésion tuberculeuse ou ostéomyélitique. Je suis d'avis qu'il y a eu du côté de la zone juxta-épiphysaire du fémur une action extrêmement atténuée du bacille d'Eberth, action qui s'est traduite par un peu de douleur et de gêne fonctionnelle. Nous avons depuis vu plusieurs cas d'ostéomyélite typhique dont notre cas de pseudo-coxalgie peut être regardé comme le premier terme, une forme abortive, une manifestation avortée en quelque sorte.

OBSERVATION X

(Recueillie dans le service de M. E. Vincent, à la Charité.)

Coxalgie de croissance (ou hystérique ?)

R..., huit ans et demi, entrée le 5 avril 1886, salle Sainte-Amélie. Père et mère vivants, jouissant d'une bonne santé. Ni frère, ni sœur.

Le début remonte à deux ou trois ans. L'enfant fit, à plusieurs reprises, des chutes sur la hanche aujourd'hui malade. De plus, les premiers symptômes se manifestèrent pendant la convalescence d'une rougeole. C'est à cette dernière affection que l'enfant fait remonter l'origine de sa coxalgie. L'affection débuta par des douleurs vives s'irradiant dans toute l'articulation coxo-fémorale, mais présentant un foyer plus particulièrement douloureux en arrière du grand trochanter. Elle n'a jamais accusé de phénomènes douloureux dans la région du genou. Après avoir passé par les mains d'un certain nombre de rebouteurs qui la traitèrent pour un « nerf cassé », elle nous est amenée par ses parents.

Aujourd'hui (5 avril 1886), on constate un léger effacement du pli de l'aine et du pli fessier. Le membre est dans l'adduction. La ligne ombilico-pubienne vient tomber à quatre travers de doigts en dehors de la malléole externe. On remarque, en outre, une légère flexion avec rotation en dehors. Les douleurs, qui ont beaucoup perdu de leur intensité, sont localisées en arrière du grand trochanter; elles ne semblent pas exaspérées par les mouvements provoqués ou spontanés. La flexion et l'extension sont possibles, mais, lorsqu'on les exagère, elles entraînent avec elles le bassin. L'abduction et surtout l'extension ne peuvent avoir lieu sans déplacer le bassin. La marche est défectueuse, l'enfant boite. On constate, en effet, un raccourcissement apparent de 2 centimètres.

Etat général excellent.

Traitement: pointes de feu superficielles, redressement, bandage silicaté. L'enfant sort le 10 avril.

Août 1886. — Entre à la Charité où elle tombe malade au bout d'un jour ou deux. Elle a de la fièvre, mal à la gorge; on croit à une scarlatine; son père l'emmène.

8 juin 1889. — Les parents répondent ainsi, par correspondance, à une série de questions: « Notre enfant va très bien. Elle a eu une scarlatine qui dura un mois; elle fut très malade. Elle n'a pas porté de tuteurs; cinq mois après sa sortie de la Charité elle ne boitait plus.

« Elle est complètement guérie; si ce n'était la cicatrice (pointes de feu) qui lui a été faite à la hanche lors de son opération, le 7 avril 1886, elle ne saurait pas à quelle hanche elle a eu une coxalgie. Elle n'a pas eu d'abcès ni de fistule. Elle exécute aussi bien les mouvements avec sa jambe qui a été malade qu'avec l'autre. Les mouvements ne sont pas douloureux. Le membre qui a été malade est aussi gros et aussi long que l'autre et les chevilles sont à la même hauteur. Elle marche et elle court comme un lièvre, ses souliers sont l'un comme l'autre. »

OBSERVATION XI

(Fiessinger. Mémoire inédit *sur la croissance au point de vue morbide*, couronné par l'Académie de médecine, 1889 ; prix d'hygiène de l'enfance.)

E. R..., neuf ans, gros et bien portant, de R... (canton de Dompierre, Vosges), est atteint de claudication depuis dix jours. Les parents sont très inquiets, un de leurs neveux, suite de coxalgie, étant complètement estropié.

Mai 1883. — Douleur très vive à la pression du grand trochanter droit ; gonflement profond peu net. On peut frapper le talon et tordre le membre sans douleur, mais les mouvements du membre inférieur se communiquent légèrement au bassin.

Appareil silicaté avec le D^r Legras (de Dompierre). Guérison en cinq semaines.

Trois ans plus tard, fièvre et douleurs vives à la partie supérieure de la cuisse primitivement malade.

10 novembre 1886. — Douleurs vives à la pression du grand trochanter ; mouvements de la jointure très pénibles. On perçoit un empâtement diffus, profond, de toute la partie supérieure du fémur.

Etat typhoïde survenant dès le début qui remonte à huit jours : délire, prostration, lèvres fuligineuses, ballonnement du ventre et diarrhée. Température, soir, 40°8, pouls 136. Nous avertissons les parents de l'imminence d'une suppuration prochaine et d'une opération.

Application de glace sur les parties douloureuses ; potion avec 50 centigrammes de sulfate de quinine ; boissons aqueuses abondantes.

15 novembre. — Etat général stationnaire, mais diminution des douleurs. Température, soir, 40°9, pouls 140.

A partir de ce jour, contrairement à toutes prévisions, amendement des symptômes. Le délire disparaît, la cuisse diminue de volume, la fièvre tombe,

On nous amène l'enfant le 10 janvier 1887 : gonflement osseux persistant et légère claudication qui disparaît par la suite.

Conclusion : L'ostéite juxta-épiphysaire, dans des cas exceptionnels, peut être suivie d'ostéomyélite aiguë, à quelques années d'intervalle, et cette ostéomyélite peut guérir sans suppuration.

OBSERVATION XII (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Fiessinger, d'Oyonnax).

1897 : Le Dr Hudellet, de Bourg, m'adresse un jeune homme d'Oyonnax qui était interne à Bourg. Ce jeune homme avait quatorze ans. Depuis une quinzaine, il marchait péniblement.

Examen : Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale droite sont limités.

Les mouvements d'abduction ne sont pas douloureux.

Pas de douleur à la pression du talon.

Douleur à la pression du grand trochanter.

La guérison complète est obtenue en cinq semaines après application d'un silicate avec appareil d'extension.

OBSERVATION XIII (inédite).

Mai 1898 : M. le Dr Fiessinger voit à la gare de Saint-Claude un petit garçon de six ans. Ses parents sont désolés, car un rebouteur leur a dit qu'il s'agissait d'une coxalgie. Il y a, en effet, une légère claudication, mais elle ne date que de six jours. Par exclusion, le diagnostic de coxalgie de croissance est posé et, après huit jours de repos au lit, l'enfant se lève tout à fait guéri.

OBSERVATION XIV

(Recueillie dans le service de M. Vincent, à la Charité).

R... Louise, neuf ans, entrée le 10 novembre 1898, salle Sainte-Renée.

Pas d'hérédité; quatre sœurs plus jeunes qui se portent bien.

A eu une légère fluxion de poitrine à l'âge de trois ans; depuis, pas d'autre affection.

Se plaint depuis un mois d'une légère douleur à la hanche et au genou du même côté. L'examen du genou est négatif.

La peau est normale; la marche n'est pas gênée; il n'y a pas de douleur spontanée, mais la pression sur le grand trochanter provoque de la douleur et, si l'on assujettit le bassin, les mouvements d'abduction sont diminués du côté malade.

Pas d'attitude vicieuse. Pas de raccourcissement. Pas d'atrophie musculaire. Pas de troubles digestifs. Rien aux poumons.

Sort, le 22 novembre 1898, complètement guérie par le simple repos au lit.

OBSERVATION XV

(Duplay, Des pseudo-coxalgies, *Gaz. hôp.*, 1892).

J'ai examiné récemment un jeune homme de seize ans qui, à la suite de fatigues occasionnées par l'abus de la bicyclette, avait présenté des phénomènes très analogues à ceux de la coxalgie au début. C'était d'ailleurs le diagnostic porté par un de nos confrères. Ce qui me permit de reconnaître qu'il s'agissait d'une ostéite de la tête du fémur et d'éliminer l'idée de la tuberculose, c'est l'existence d'un point douloureux avec empâtement à l'union du col du fémur et du grand trochanter et l'absence de la douleur au niveau de la tête et en arrière. Il s'agissait, dans ce cas, d'une sorte d'ostéite apophysaire analogue à celle que l'on rencontre si fré-

quement chez les adolescents au niveau de la tubérosité antérieure du tibia.

OBSERVATION XVI

(Recueillie dans le service de M. le professeur Pollosson.)

*Pseudo - coxalgie d'origine ostéomyélitique.
Luxation spontanée du fémur consécutive.*

F. B..., jeune garçon de quinze ans, entre dans le service de M. Pollosson, le 14 janvier 1899.

Père vivant, bien portant. Mère morte. Deux frères et trois sœurs. Aucune maladie antérieure.

Il a d'abord exercé le métier de maçon, puis cet été, il est entré comme berger dans une ferme où il coucha par terre pendant deux mois. A la fin de ces deux mois (août 1898), il éprouva, un matin, au lever, des douleurs vives dans la hanche gauche. Malgré cela, il voulut essayer de continuer son travail, mais bientôt, dans la même journée, ne pouvant plus marcher, il dut se mettre au lit. Son membre inférieur gauche, dit-il, était raide. (Un médecin appelé lui ordonna des frictions et, jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu, il ne fut soumis à aucune autre visite médicale.

Quelque temps après, il eut une épistaxis très abondante, des troubles digestifs avec vomissements, et un mois après le début, il ressentit des douleurs encore plus vives dans tout le membre inférieur gauche, mais surtout à la hanche. D'autres douleurs se montrèrent en même temps au genou droit, dans tout le bras droit mais surtout au coude, dans tout le membre supérieur gauche mais surtout au voisinage de l'extrémité supérieure du bras et de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Ces symptômes s'accompagnèrent d'une céphalée plus forte que celle du début de l'affection.)

Dès lors, le malade était incapable de se mouvoir, on était obligé de le transporter. En extension complète sur son lit, il ne pouvait s'asseoir, empêché par la raideur de son membre inférieur gauche. Il lui était impossible de se remuer sans provoquer une

douleur très vive, il ne pouvait supporter aucun contact, pas même celui de ses draps.

Cet état a duré quatre mois, après lesquels le malade a pu se lever, s'habiller et marcher avec une canne; il boitait, (mais ne souffrant plus, se considérait comme guéri. Il fut alors très étonné de se voir beaucoup plus grand qu'auparavant. Si l'on en croit son dire, les manches de son paletot était trop courtes de plus de 10 centimètres pour atteindre la région du poignet qu'elles affleuraient avant sa maladie, ce qui ferait un accroissement de la taille de plus de 20 centimètres, puisque, chez l'homme, la distance qui sépare l'extrémité des doigts d'une main, de l'extrémité des doigts de l'autre, lorsque les deux membres supérieurs sont étendus horizontalement dans le prolongement l'un de l'autre, représente à peu près la hauteur de sa taille. En retranchant ce qu'il peut y avoir d'exagéré, l'allongement n'en reste pas moins considérable.)

Amaigrissement notable; quelquefois toux qui provoquait de la douleur dans la jambe gauche.

Etat actuel. — Le jeune homme est pâle, amaigri, moins cependant que pendant sa maladie; l'appétit est revenu.

A l'inspection, on constate un amaigrissement notable des deux membres inférieurs, un raccourcissement apparent du membre inférieur gauche. Le pied gauche est en rotation en dedans très prononcée, et tout le membre inférieur gauche est raide, raideur que l'on peut vaincre facilement. Le malade ne peut soulever le talon au-dessus du plan du lit; il arrive avec effort à la flexion, mais en portant le talon en dehors et le genou en dedans. La flexion de la jambe détermine un mouvement de rotation du bassin et du membre inférieur droit.

L'extension de la cuisse gauche sur le bassin provoque peu de douleur et entraîne tout le bassin. Abduction impossible; on voit nettement les adducteurs gauches exagérés par la contraction, faire saillie sous la peau.

La pression sur le grand trochanter n'est pas douloureuse. Celui-ci est épaissi, on en sent difficilement le contour, il est remonté. Les téguments à ce niveau sont assez vasculaires, présentent de la dilatation veineuse.

Mensuration de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole interne : membre inférieur droit, 81 centimètres; gauche, 79 centimètres. Genou droit au niveau du plateau tibial, 30 centimètres; gauche, 28 centimètres. Cuisse droite, 30 centimètres; gauche, 27 centimètres. Au tiers inférieur de la jambe droite, 15 centimètres; gauche, 19 centimètres et demi. A ce niveau, on constate un épaississement de l'os, et la pression est douloureuse. L'épine iliaque antéro-supérieure gauche est à 3 centimètres au dessus d'une ligne transversale, passant par l'autre épine. Le bassin a une circonférence de 70 centimètres. Le membre inférieur gauche fait avec le bassin un angle en dehors très prononcé, tandis qu'à droite la cuisse et le bassin sont sur le même plan. Déviation latérale gauche de la colonne dorsale; compensation latérale de la colonne lombaire. Si l'on fait mettre le malade debout, les orteils du pied gauche effleurent le sol.

(On trouve encore une augmentation de volume assez marquée de l'extrémité supérieure du fémur gauche, de l'extrémité inférieure du fémur droit et de l'extrémité inférieure du radius gauche. Les os symétriques des deux membres supérieurs sont d'égale longueur⁴.)

On applique un bandage silicaté remontant jusqu'aux seins.

Cette observation semble dépasser les limites que nous avons assignées à la pseudo-coxalgie de croissance, mais nous ferons remarquer que les phénomènes franchement ostéomyélitiques qui y sont relatés ne se sont peut-être produits qu'à partir de la seconde poussée aiguë, un mois après le début de l'affection, car le malade n'a été examiné que cinq mois après le commencement des accidents, et le médecin qui le vit aux premiers jours ne jugea pas à

⁴ C'est en allant voir et interroger ce malade revêtu de son silicate que nous avons ajouté à cette observation les parties comprises entre parenthèses.

propos d'immobiliser la hanche. En tout cas, ce fait rentrant dans les intermédiaires qui relient la coxalgie de croissance et la coxalgie ostéomyélitique aiguë, peut servir de transition.

Nous pourrions ajouter encore un grand nombre d'observations. M. le D^r Fiessinger, en plus des observations qu'il nous a données, nous a cité, chez des enfants de six à sept ans, cinq cas de guérison en quinze jours à quatre semaines. M. E. Vincent, chirurgien des hôpitaux, nous a affirmé qu'il avait eu souvent l'occasion de soigner des enfants qui semblaient, au premier abord, atteints de coxalgie vraie, quoique ce diagnostic parût douteux, mais qui guérissaient rapidement et pour toujours. D'autres chirurgiens ou médecins des hôpitaux de Lyon ont aussi observé des cas analogues. Nous nous dispenserons cependant de reproduire ces observations parce que le chirurgien est obligé de fouiller dans sa mémoire pour les retrouver et que, de ce fait, elles manqueraient de précision.

OBSERVATION XVII

(Obs. VII de la thèse de Mesnard, Paris, 1891.)

Il s'agit d'une petite fille dont la marche et l'attitude pendant la station debout étaient de nature à faire croire à une coxalgie arrivée à la deuxième période.

La facilité avec laquelle la fatigue se produisait quand l'enfant avait un peu marché, la résistance qu'elle opposait à continuer sa promenade, les douleurs qui accompagnaient la fatigue étaient autant de signes qui confirmaient les premiers.

L'absence de douleurs à la pression directe, soit au niveau de

l'articulation, soit sur le grand trochanter, l'absence de douleurs en pressant sur le genou pendant que le membre était en flexion ; la conservation des mouvements normaux et l'absence de craquements dans la jointure indiquaient que l'articulation était saine.

En procédant par élimination, il était facile de voir qu'il ne s'agissait, dans ce cas, ni de luxation congénitale de la hanche, ni de coxalgie hystérique, ni même de coxalgie vraie, ni d'atrophie consécutive à une lésion nerveuse ou médullaire.

La mensuration des membres abdominaux donne la clef du diagnostic. Le membre droit est long de 53 cm. 5, le gauche n'a que 52 centimètres ; c'est cette différence qui oblige l'enfant à boiter, à porter le pied gauche en avant et en dehors, à traîner légèrement ce pied. La fatigue résulte de l'effort fait pour maintenir l'équilibre. Enfin, comme cette petite fille a grandi assez vite depuis six mois, il est possible que, sous l'influence d'un apport sanguin un peu plus actif à l'union de l'épiphyse supérieure et de la diaphyse, la douleur soit plus prompte à apparaître quand la fatigue se produit.

L'application d'une semelle et d'un talon, égalisant les membres inférieurs, a fait cesser les principaux troubles. Soumise depuis six semaines à ce traitement, l'enfant marche beaucoup mieux.

CONCLUSIONS

Pendant notre externat dans le service de M. le professeur Poncet, notre attention a été plusieurs fois appelée au cours de ses cliniques, sur une variété particulière de coxalgie, dénommée par lui « pseudo-coxalgie de croissance ». Comme cette dénomination l'indique, il s'agit d'un ensemble de signes rappelant le début de la coxalgie vraie ou coxo-tuberculose, et alors qu'une guérison rapide et définitive de la coxalgie permet d'écarter ce dernier diagnostic.

Nous avons réuni quinze observations de pseudo-coxalgie, paraissant se rattacher très nettement à la croissance. L'âge moyen des sujets atteints était de onze ans. Huit fois il s'agissait de petits garçons, sept fois de petites filles. L'articulation coxo-fémorale droite était prise cinq fois, la gauche six fois (dans quatre observations, le côté n'est pas indiqué). La durée de la maladie a été, en moyenne, d'un mois et demi, mais ce chiffre n'a qu'une valeur relative, car dans plusieurs observations, les malades ayant été traités pour une coxalgie vraie et immobilisés, par exemple, dans un bandage silicaté pendant plusieurs mois, il est fort probable que la guérison était complète lorsque

l'appareil a été enlevé et lorsqu'on a alors constaté l'intégrité absolue de l'articulation malade.

Les signes de cette pseudo-coxalgie de croissance sont les mêmes que ceux de la coxalgie vraie. On doit cependant soupçonner la pseudo-coxalgie lorsque la déformation du membre est rapidement très marquée avec contractures, lorsque l'affection a eu un début plus ou moins aigu sans fièvre, sans gonflement, sans tuméfaction locale, etc., et alors que chez un jeune sujet indemne de toute tare pathologique, l'état général est resté ce qu'il était auparavant.

Ce diagnostic deviendra encore plus probable si l'enfant présente ou a présenté d'autres manifestations ostéalgiques, devant également se rattacher à la croissance. Il s'agit très probablement dans cette forme de pseudo-coxalgie d'une congestion ostéo-articulaire, d'une hyperémie passagère des extrémités osseuses, toutes lésions assez mal connues dans leurs manifestations anatomiques, mais, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Poncet, dans le *Traité de chirurgie*, devant être rattachées à la croissance et méritant bien le nom d'ostéo-arthralgies de développement. Si l'on tient compte, pour l'articulation de la hanche, des rapports de la synoviale avec le bulbe osseux de l'extrémité supérieure du fémur, comme le montre la figure 1, on comprend que l'ostéalgie devienne l'ostéo-arthralgie et qu'on ait ainsi tous les signes d'une arthrite coxo-fémorale.

On ne confondra pas l'ostéalgie de croissance avec la coxalgie hystérique qu'excluent à peu près complètement l'âge et le sexe du sujet, et pas davantage avec la paralysie douloureuse des jeunes enfants que l'on ne rencontre

guère, du reste, que du côté du membre supérieur et qui s'accompagne de flaccidité, de relâchement des muscles et d'une sorte de paralysie apparente.

Le pronostic est naturellement bénin, il découle de la nature même de l'affection.

Quant au traitement, il doit être le repos, une immobilisation relative, en un mot, comme le diagnostic ne saurait être la plupart du temps affirmé, mais simplement soupçonné, celui de la coxalgie vraie. Suivant la remarque de M. le professeur Poncet, il vaut mieux, au point de vue thérapeutique croire à une coxalgie vraie qu'à une pseudo-coxalgie et, dès lors, pécher plutôt par excès de précautions que par défaut.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu :

LE DOYEN
LORTET

Vu, et permis d'imprimer

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

Et maintenant, nos études médicales terminées, avant de quitter nos maîtres pour aller mettre à profit les sages préceptes que nous avons recueillis dans leurs savantes leçons, qu'il nous soit permis de leur adresser le témoignage de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle ils nous ont fait part de leur science et de leur expérience. Nous nous efforçons d'imiter leur dévouement, espérant ainsi montrer que nous sommes digne de nous glorifier d'être leur élève.

Nous ne saurions, en effet, nous acquitter, envers M. le professeur Poncet. Outre le bénéfice de son vaste enseignement clinique, nous avons eu la satisfaction de recevoir ses conseils dans l'exercice de nos modestes fonctions, pendant les six mois d'externat passés dans son service. Fier de l'intérêt qu'il nous a toujours porté, nous sommes venu lui demander le choix d'un sujet pour notre thèse inaugurale et il nous fait l'honneur de la présider.

Comment rendrions-nous hommage à M. le Dr E. Vincent, ex-professeur agrégé et chirurgien-major de la Charité, de ce qu'il nous a appris en chirurgie infan-

tile et en gynécologie pendant le semestre d'externat passé auprès de lui ?

Nous ne pourrions assez remercier M. le D^r V. Chappet, médecin des hôpitaux, de la délicatesse qu'il mit à faire notre éducation médicale durant une année d'externat.

C'est avec plaisir que nous nous souviendrons toujours de l'amabilité avec laquelle M. le D^r Villard, chef de clinique de M. le professeur Poncet, nous donnait les explications que nous lui demandions souvent au risque de l'importuner, et de la complaisance avec laquelle, chirurgien des hôpitaux, il nous a donné sa belle observation de pseudo coxalgie de croissance.

De même nous ne pourrions oublier l'obligeance de M. le professeur agrégé Bérard qui a bien voulu revoir notre travail.

Nous prions aussi MM. les chirurgiens des hôpitaux, qui nous ont fourni volontiers des observations et dont nous avons souvent fréquenté les services, de croire à notre gratitude, et nous adressons à M. le D^r Fiessinger d'Oyonnax, nos plus sincères remerciements pour l'empressement avec lequel il nous a communiqué ses observations commentées.